

Voluntariado de Proximidade

Relatório de Projeto



Judite Maria Terlica Belchior Henriques

Beja

2012



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Saúde de Beja

I Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária



Voluntariado de Proximidade

Relatório de Projecto de fim de curso de mestrado

apresentado na

Escola Superior de Saúde de Beja do

Instituto Politécnico de Beja

Elaborado por:

Judite Maria Terlica Belchior Henriques

Orientado por:

João Rodeia

“Não existe outra via para a solidariedade humana senão a procura e o respeito da dignidade individual”.

Pierre Lecomte Du Nouy

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos são dirigidos a todos os que me apoiaram neste percurso, e que permitiram a concretização deste trabalho.

Dirijo um agradecimento especial à equipa da UCC, nomeadamente à Carina Rodrigues, à Conceição Fragoso e à Filomena Ventura, pela colaboração e empenho;

Ao meu orientador do trabalho, professor João Rodeia, pela disponibilidade e amabilidade demonstrada;

À minha família pela compreensão, e apoio incondicional.

RESUMO

A saúde dos cidadãos é uma responsabilidade a ser partilhada pelos diferentes níveis de cuidados, tendo os cuidados de saúde primários um papel fulcral.

O conceito de saúde é cada vez mais abrangente e indissociável da família e da comunidade. Será importante assegurar a existência de equipas multidisciplinares comunitárias, que se possam articular na prestação de cuidados de saúde globais tanto na especificidade do indivíduo, como na família, tendo em conta a posição privilegiada que os profissionais de saúde apresentam.

Este projecto, no âmbito do voluntariado, tem como finalidade implementar um programa de voluntariado de intervenção domiciliária, coordenado pela Unidade de Cuidados na Comunidade de Santiago do Cacém.

Apontando enquanto problemas centrais a solidão e o isolamento social da população, idosa e/ou dependente que se encontra no seu domicílio, o nosso objectivo é minimizar estes factores, através do apoio e acompanhamento por parte de uma equipa de voluntários no domicílio, contribuindo para a humanização e desenvolvimento global do indivíduo.

Consideramos o trabalho de voluntariado um complemento aos cuidados prestados pela equipa de saúde, reconhecendo-o como fundamental e necessário para a construção de uma sociedade mais justa e com menos exclusão social, formando uma nova consciência relativa à solidariedade.

Palavras-chave: Voluntariado, envelhecimento, isolamento social, solidão.

ABSTRACT

The citizens' health is a responsibility to be shared by different levels of care, and primary health care have a central role.

The health concept is growing increasingly and becoming indivisible from family and community. It will be important to ensure the existence of multidisciplinary community teams, who can articulate and provide comprehensive health care in both the specificity of the individual and family, taking into account the privileged position that health professionals have.

This project on voluntary work, aims to implement a home intervention volunteer program, coordinated by the Unidade de Cuidados na Comunidade de Santiago de Cacém.

Pointing as central problems, loneliness and social isolation of the population, elderly and / or dependent who is at home, our goal is to minimize these aspects, through giving support and following by a team of volunteers at home, contributing to the humanization and overall development of the individual.

We consider volunteer work a complement to the care provided by the health care team, recognizing it as fundamental and necessary to build a fairer society with less social exclusion, creating a new awareness concerning solidarity.

Keywords: Voluntary work; aging; social isolation; loneliness.

SUMÁRIO

(Fl.)

0.	<u>INTRODUÇÃO</u>	10
1.	<u>DEFINIÇÃO DE PROBLEMA</u>	13
1.1	JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO	13
1.2	DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	14
1.2.1	<u>Definição Geral de Problema</u>	15
1.2.2	<u>Análise do Problema</u>	16
1.2.2.1	Contextualização Demo-Geográfica – Concelho de Santiago do Cacém	16
1.2.2.2	Contextualização Politico-legal da intervenção	18
1.2.3	<u>Identificação dos Problemas parcelares que compõe o Problema Geral</u>	20
1.2.3.1	Elevado índice de envelhecimento no Concelho de Santiago do Cacém associado ao isolamento social no domicílio	20
1.2.3.2	Elevado grau de dependência das pessoas idosas associado às múltiplas patologias	22
1.2.3.3	Resposta insuficiente das instituições sociais	24
1.2.3.4	Evolução do conceito e papéis da família	25
1.2.3.5	Falta de apoio na rede de vizinhança	28
1.2.3.6	Transculturalidade	30

1.2.4	<u>Determinação de prioridades</u>	31
2.	<u>OBJETIVOS</u>	33
2.1	OBJETIVOS GERAIS	33
2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	33
3.	<u>ENQUADRAMENTO TEORICO</u>	34
3.1	PAPEL ATIVO DO ENFERMEIRO COMUNITÁRIO	34
3.2	POLÍTICAS DE SAÚDE E REALIDADE DEMOGRÁFICA	37
3.3	VOLUNTARIADO EM CONTEXTO DE SAÚDE	40
3.4	ISOLAMENTO SOCIAL E SOLIDÃO NOS IDOSOS	45
4.	<u>PLANEAMENTO</u>	51
4.1	ARTICULAÇÃO COM ENTIDADES COMUNITÁRIAS	51
4.2	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO GRUPO DE VOLUNTÁRIOS	52
4.3	FORMAÇÃO INICIAL	53
4.4	QUADRO DE PLANEAMENTO	55
4.5	ORÇAMENTO	61
4.5.1	<u>Recursos Humanos</u>	61
4.5.2	<u>Recursos Materiais</u>	62
4.6	AVALIAÇÃO DE OBJECTIVOS/INDICADORES	62
4.7	CONSTRANGIMENTOS E ANÁLISE CRÍTICA DO PLANEADO	67
5.	<u>CONCLUSÃO</u>	69
6.	<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	73
	<u>ANEXOS</u>	78

Anexo I – Folheto – Voluntariado de Proximidade	79
Anexo II – Guião de entrevista	81
Anexo III – Programa da Formação Inicial	85
Anexo IV – Carta de Compromisso	87
Anexo V – Regulamento Interno	93
Anexo V I – Artigo de revista	103
Anexo VII - Declaração da Revista Nursing	113

0. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de projecto, é elaborado no âmbito da frequência do I Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, 3º semestre, no Instituto Politécnico de Beja, a decorrer no período de 16 de Maio de 2011 a 7 de Janeiro de 2012.

O projecto em questão, construído segundo a Metodologia de Projecto, desenvolve-se na área do voluntariado e intitula-se “Voluntariado de Proximidade”. Tem como finalidade elaborar, gerir e coordenar um programa de voluntariado de intervenção domiciliária, promovendo o apoio e acompanhamento de idosos e/ou pessoas dependentes no domicílio.

Para Guerra (1994), a Metodologia de Projeto será um conjunto de operações pré-definidas que permitam produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real.

Este trabalho de projecto tem por base na sua concretização a Metodologia de Planeamento de Projetos por Objetivos – MPPO, descrita como uma “ferramenta de diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de projectos realizados num determinado contexto”. (Pena, et al, p. 4)

Esta metodologia de projecto tem como base o "Ciclo de Projectos", cuja intervenção parte de um diagnóstico, onde são identificados os problemas. Passa por um planeamento, com identificação dos objectivos e construção de um quadro de medidas ou acções que permitem alcançar os objectivos. Finalmente deverá ser efectuada a avaliação da eficácia da intervenção. (Pena, et al)

O ano 2011, foi declarado oficialmente o ano Europeu do Voluntariado, tendo como objectivos sensibilizar as pessoas para o valor e a importância do voluntariado, no intuito de investirem o seu tempo livre, na promoção da solidariedade e da cidadania.

O Trabalho de voluntariado promove uma cultura de solidariedade e cidadania e envolve a comunidade na procura de soluções que contribuam para melhorar a qualidade de vida dos idosos/dependentes, com deficits nas redes sociais.

Por decisão das Nações Unidas comemora-se a 5 de Dezembro o Dia Internacional dos Voluntários e no ano de 2011 o 10.º aniversário do Ano Internacional dos Voluntários, proclamado pelas Nações Unidas em 2001.

A questão da velhice não é apenas demográfica, trata-se também de uma questão social e política. Na mensagem deixada por Kofi Annan (2006) foi enfatizado o investimento num processo de envelhecimento produtivo, activo e saudável. Fez um apelo a todas as comunidades para que trabalhem em prol de políticas e programas susceptíveis de permitir que as pessoas idosas vivam num ambiente que melhore as suas capacidades, promova a sua independência e lhes proporcione apoio e cuidados adequados, à medida que vão envelhecendo. Destacou o **papel do trabalho de voluntariado** na prestação de cuidados multigeracionais.

Já em 1986, na Carta de OTTAWA (1986), é feito o enfoque na Acção Comunitária. Desta conferência ressalta que a promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efectiva na comunidade com vista a atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (*empowerment*) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos.

Para o desenvolvimento das comunidades, estas tem que tirar partido, dos seus recursos materiais e humanos, com base na auto-ajuda e no suporte social, na participação pública, orientados para a resolução dos problemas de saúde.

O voluntariado é uma actividade inerente ao exercício da cidadania que se traduz numa relação solidária para com o próximo, participando de forma livre e organizada na resolução de problemas que afectam a sociedade que nos rodeia. (Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1999, p. 6694)

O trabalho voluntário corresponde a uma decisão livre e voluntária apoiada em motivações e opções pessoais que caracterizam o voluntário. Este trabalho não decorre de uma relação subordinada nem tem contrapartidas financeiras, só podendo ter lugar num quadro de autonomia e pluralismo alicerçado no princípio da responsabilidade.

O Programa de Voluntariado consta de um compromisso entre o voluntário e a organização promotora e é acordado entre ambos a realização do trabalho voluntário.

O Dec Lei 71/98, define como organizações promotoras, as que legalmente constituídas, reúnam condições para integrar voluntários e coordenar o exercício da sua actividade. Estas terão que desenvolver um programa de voluntariado que deverá ser acordado com o voluntário. Estabelecendo como entidade promotora, a Unidade de Cuidados na Comunidade de Santiago do Cacém (UCC), do Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Litoral (ACESAL), este projecto será inserido nas actividades e coordenação desta Unidade funcional de saúde.

Inicialmente propomo-nos abranger apenas as pessoas idosas e/ou dependentes que se encontrem no seu domicílio, residentes na freguesia de Santo André, concelho de Santiago do Cacém.

Trabalhar em parceria, criar sinergias, promover a igualdade de oportunidades e as potencialidades do voluntariado no apoio aos idosos e pessoas dependentes, são princípios subjacentes a este projecto.

Definimos como principais objectivos da elaboração deste trabalho de projecto de âmbito académico, aprofundar os conhecimentos sobre a metodologia de projecto, conhecer as suas principais fases, descrever a aplicação prática da metodologia de projecto, tendo em conta que existe um problema real identificado em contexto, analisar e apresentar resultados. Pretende-se adquirir conhecimentos de foro informático, no que respeita à consulta em bases de dados electrónicas científicas, como a *b-on* e ainda desenvolver conhecimentos baseados na evidência científica sobre a temática abordada. Para além da aplicação teórica, é ambição que este projecto seja viável e exequível e que, com a sua implementação no terreno, possamos todos congratular-nos.

No que concerne à estrutura deste projecto, este está dividido da seguinte forma: Definição de Problema, onde irá estar presente uma explicitação sumária da área de intervenção e das razões da escolha. O Diagnóstico de situação, com a identificação dos problemas parcelares que compõe o problema central. De seguida, surge o capítulo do Enquadramento Teórico. No capítulo do Planeamento estará explícito a identificação das entidades comunitárias estabelecidas para articular, seguido da definição dos critérios de elegibilidade e Formação Inicial aos candidatos a voluntários. Neste capítulo aparece ainda, o quadro de planeamento das intervenções e o Orçamento. Finalizamos o capítulo, com a avaliação e constrangimentos encontrados. As referências bibliográficas encontram-se no final do trabalho.

1. **DEFINIÇÃO DO PROBLEMA**

Quando desenvolvemos um projecto no contexto de cuidados de saúde devemos realizar uma análise integrada das necessidades da população, na perspectiva de desenvolver estratégias e acções, concentrando os esforços e aproveitando os recursos disponíveis de forma a fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar e promover a capacidade, motivação e autonomia da população. (Ministério da Saúde, 2010)

1.1 **JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Os motivos que induziram à escolha deste Projecto na área do Voluntariado, foram os seguintes:

- Inexistência de uma estrutura de voluntariado ao domicílio, no concelho de Santiago do Cacém.
- Constatação pela equipa de saúde da situação de solidão e isolamento social vivenciada pela população idosa/dependente.
- Pertinência do tema, em virtude, de hoje em dia as manifestações de solidariedade se revelarem cada vez mais individualistas e anónimas. O espírito solidário para com o próximo/ nosso vizinho, está cada vez mais ténue.
- Sendo a UCC uma unidade que *“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo,...”(Dec. Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, art. 11º)*, o voluntariado surge numa perspectiva de humanização, complementar da acção da equipa multidisciplinar. (Portugal, Ministério da Saúde, 2008)
- Necessidade de priorizar trabalhos que possibilitem o desenvolvimento das competências humanas essenciais. Investir em projectos que possibilitem o

aumento da auto-estima, da motivação, da cidadania individual e da consciência colectiva.

Releva-se a preferência e agrado que a discente apresenta pela área da intervenção em grupos da comunidade com critérios de vulnerabilidade. Ainda se deve atentar ao cargo profissional exercido que potencia a sua aplicabilidade, pois possibilita a coordenação e implementação deste projecto no âmbito da Unidade de Saúde referida. A escolha da freguesia Santo André prende-se com o facto de ser a localização estrutural da Unidade de Cuidados na Comunidade de Santiago do Cacém.

1.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação implica primeiramente, a identificação dos problemas e posteriormente a determinação das necessidades, na qual é importante identificar os precursores dos problemas e as consequências dos mesmos. (Tavares, 1990)

O Diagnóstico da Situação, enquanto conceito mais alargado do que a identificação de problemas, deve consolidar a análise do contexto social, económico e cultural onde o problema se insere, assim como as potencialidades e os mecanismos de mudança existentes. Assim, deverá assumir um carácter sistémico da realidade, interpretativo e prospectivo, devendo a sua elaboração envolver uma relação de causalidade linear, ser multidisciplinar e um instrumento de participação e de consciencialização dos actores; ser um instrumento de pesquisa – acção e de compreensão do real. (Guerra, 1994)

Para que se criem respostas de qualidade que satisfaçam as necessidades da população é fundamental mobilizar os recursos humanos que são um elemento fulcral para a mudança em qualquer instituição, assim como é importante que estes possuam um bom nível de formação, adequada às suas funções e que invistam na formação contínua. (Brissos, 2004)

1.2.1 Definição Geral de Problema

Seguindo a metodologia de planeamento de projectos por objectivos (Pena, et al, 2011) o diagnóstico da situação pressupõe a elaboração de uma listagem de problemas, que nos remete para o problema central. Ainda de acordo com esta metodologia, o problema central corresponde a uma situação detectada, que poderá ser melhorada com a implementação da intervenção.

Passamos a apresentar a árvore de problemas:

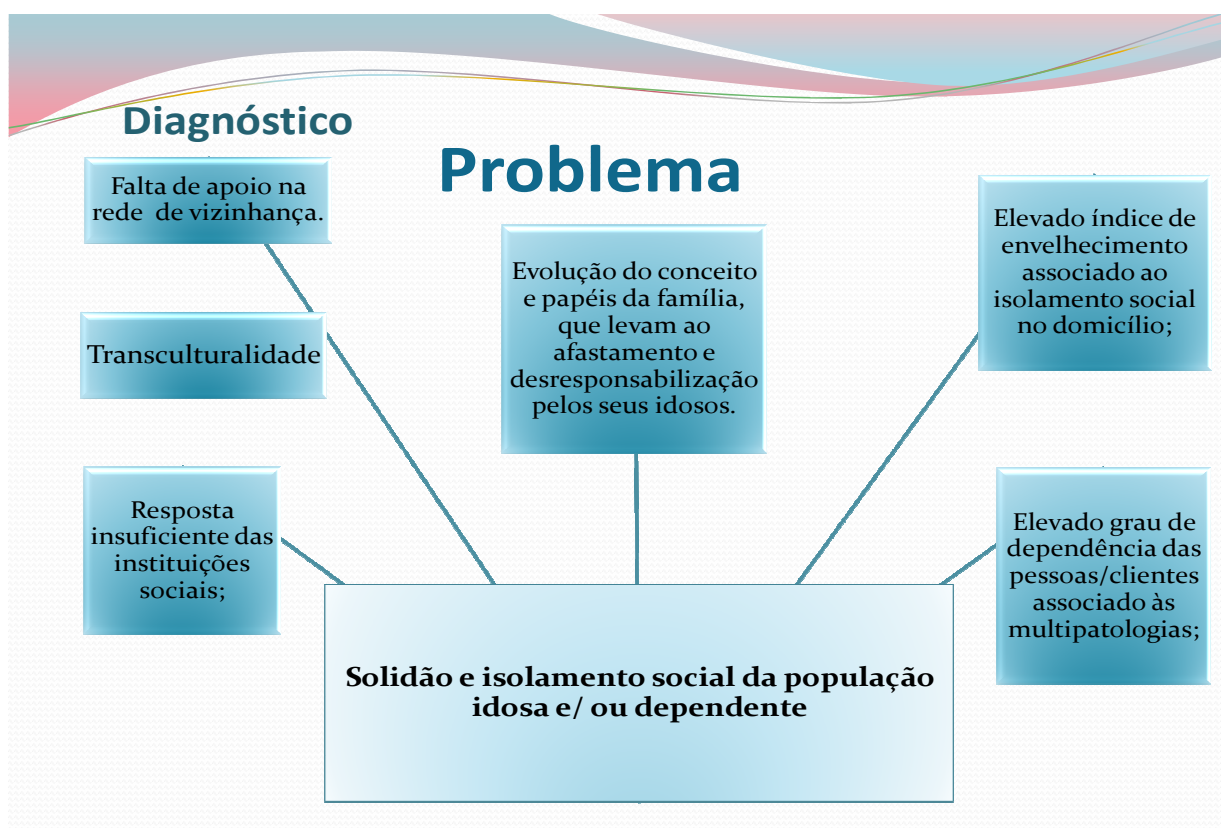


Fig. 1 - Árvore de Problemas

Assim, definimos como problema central a solidão e isolamento social da população idosa e/ou dependente que se encontra no seu domicílio. Com a gestão e coordenação de um programa de voluntariado ao domicílio é nossa intenção minimizar esta solidão e isolamento social, através do apoio e acompanhamento por parte de uma equipa de intervenção, promovendo assim o desenvolvimento global do indivíduo.

O crescente envelhecimento da população exige medidas que vão de encontro às necessidades e potencialidades dos idosos. O bem-estar psicológico do idoso tem uma grande relação com a satisfação no seu ambiente residencial, pois a casa adquire um significado único, com memórias e laços afectivos fortes. São muitos os idosos

que, embora se sintam sós, recusam a possibilidade de integrar instituições de apoio à terceira idade.

Conscientes desta realidade, pretendemos ir de encontro a esta população, responder aos seus anseios, contribuindo para a humanização dos cuidados, proporcionando um maior bem-estar dos idosos/dependentes, da freguesia de Santo André.

1.2.2 Análise do Problema

1.2.2.1 Contextualização Demo-geográfica - Concelho de Santiago do Cacém

O Município de Santiago do Cacém pertence ao Alentejo, NUTS II (Nomenclatura de Unidade Territorial para Fins Estatísticos), pertence ao Baixo Alentejo e em termos administrativos depende do Distrito de Setúbal.

O Concelho de Santiago do Cacém, devido à sua localização geográfica, está inserido na subunidade Alentejo Litoral, NUTS III (Nomenclatura de Unidade Territorial Para Fins Estatísticos) composto por cinco Municípios, a saber: Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém e Sines. (Diagnóstico Social, 2011)



Fig. 2 - Localização do Município de Santiago do Cacém (Diagnóstico Social, 2011)

O Alentejo Litoral tem uma área total de 5 256 Km². Santiago do Cacém é em área o 12º maior Município do país, ocupando uma área total do Alentejo Litoral de 20,1% (1 060 KM²) e representa 31,1% (31 105 habitantes) da população do Alentejo Litoral, sendo o Município mais populoso desta sub-região.

Santiago do Cacém encontra-se a 150 km de Lisboa, a 110 km de Setúbal, e a 78 km de Beja. O Município de Sines é o mais próximo a cerca a 18 Km.

O Município de Santiago do Cacém é composto por onze freguesias: Abela, Alvalade, Cercal, Ermidas-Sado, Santa Cruz, Santiago do Cacém, Santo André, São Bartolomeu da Serra, São Domingos, São Francisco da Serra e Vale de Água.

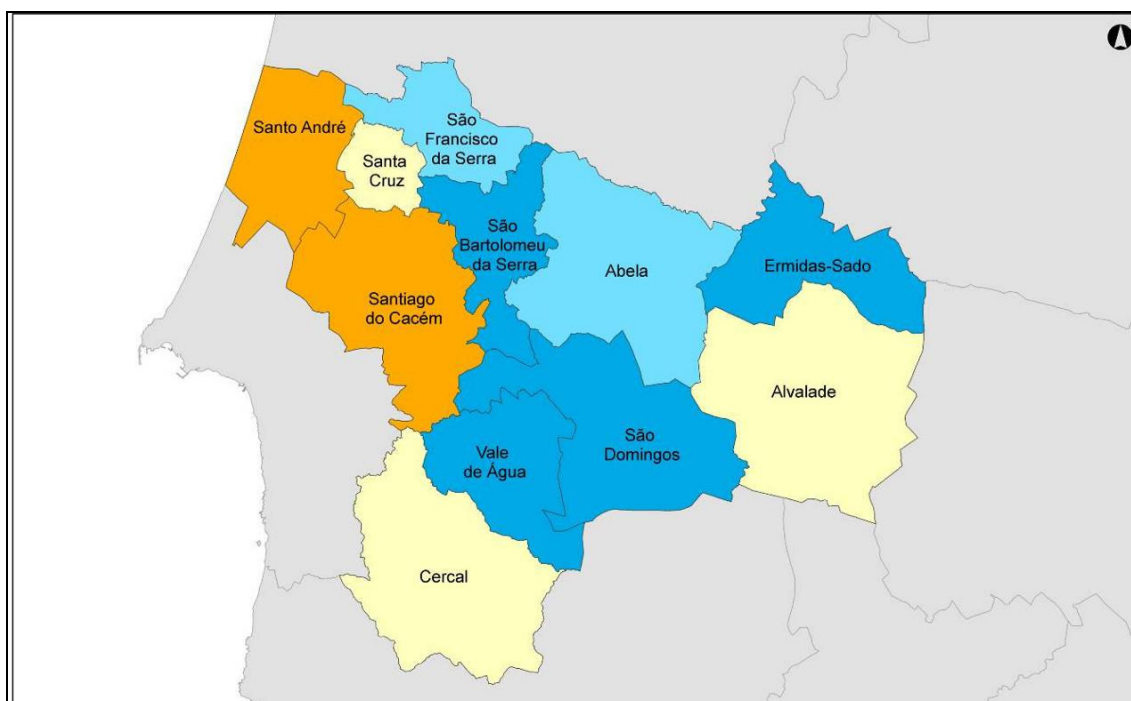


FIG. 3 - MAPA DO MUNICÍPIO DE SANTIAGO DO CACÉM – LOCALIZAÇÃO DAS FREGUESIAS
(Diagnóstico Social, 2011)

- Predomina a tipologia rural, sete freguesias: Abela; Ermidas-Sado; Santa Cruz; São Bartolomeu da Serra; São Domingos; São Francisco da Serra e Vale de Água;
- Com tipologia medianamente urbana, duas freguesias, Alvalade e Cercal do Alentejo;

- Com tipologia urbana, estão classificadas duas freguesias, Santiago do Cacém e Santo André;
- **Índice de envelhecimento:** 158 %, ou seja por cada 100 jovens entre os 0 e os 14 anos existem 158 indivíduos com 65 e mais anos.
- **Índice de dependência de idosos:** 30,1%, por cada 100 indivíduos potencialmente activos (15-64 anos) existem 30 indivíduos com 65 ou mais anos.
- Índice de dependência de jovens: 19%, por cada 100 indivíduos potencialmente activos (15-64 anos), existem 19 jovens.

(Diagnóstico Social, 2011)

Vila Nova de Santo André pertence ao concelho de Santiago do Cacém, na região do Alentejo e na sub-região do Alentejo Litoral com 74,32 km² de área e 10 696 habitantes (2001). Densidade: 143,9 hab/km². Foi elevada a cidade em 26 de Agosto de 2003, sob o nome de Vila Nova de Santo André, permanecendo inserida no município de Santiago de Cacém, do qual dista 12 km. (Diagnóstico Social, 2011)

Inicialmente pretende-se começar este projecto de Voluntariado de Proximidade, nesta freguesia, Vila Nova de Santo André, por se encontrar geograficamente próxima da sede da UCC de Santiago do Cacém. Sendo nossa intenção alargar futuramente a outras freguesias, quando for possível.

1.2.2.2 - Contextualização político-legal da intervenção

Com a criação dos ACES, pretende-se melhorar a qualidade de cuidados, particularmente os prestados a doentes crónicos e outros mais afectados pela descoordenação da prestação, melhorar a participação dos cidadãos e melhorar os resultados em saúde. (Ministério da Saúde, 2009)

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, criando as suas unidades funcionais.

O ACES Alentejo Litoral (ACESAL) é um serviço desconcentrado da Administração Regional de Saúde do Alentejo, dotado de autonomia administrativa, criado pela Portaria n.º 275/2009 de 18 de Março (na sequência da publicação do

Decreto-Lei 28/2008), que integrou os Centros de Saúde de Alcácer do Sal, Grândola, Odemira, Santiago do Cacém e Sines. (Portugal, Ministério da Saúde, 2008)

Cobrindo um território de 5.255 km² (6% do território continental) o ACESAL é um dos maiores Agrupamentos do país em área mas, ao mesmo tempo, é dos que possui menor população residente, a qual, não ultrapassa os 100.000 habitantes (0,9% do total continental), situação que aliada ao tipo de povoamento, se reflecte na existência de cerca de 4 dezenas de extensões de saúde.

De acordo com o previsto no n.º 2 do Artigo 7º, do Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, em cada Centro de Saúde, componente de um ACES, funciona pelo menos, uma UCC ou serviços desta unidade.

A esta unidade compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, prestar

cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção

garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. (Portugal, Ministério da Saúde 2008,p.1184)

A UCC, é uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida.

Tal como nas outras unidades funcionais os profissionais da UCC trabalham com autonomia técnica, dependendo do coordenador da unidade, um enfermeiro especialista, com experiência efectiva na respectiva área profissional. (Portugal, Ministério da Saúde, 2008, p.1184)

A área geográfica de intervenção de cada **UCC de Santiago do Cacém** corresponde à área geográfica do Centro de Saúde respectivo, ou seja, ao concelho de Santiago do Cacém. Assim, a população abrangida por esta unidade funcional corresponde à população residente, estudante e trabalhadora da sua área de influência. (ACESAL, 2010)

A UCC de Santiago do Cacém encontra-se sediada nas instalações da Extensão de Saúde de Santo André.

No artigo 9 do Despacho nº 10143/2009, são definidas as actividades prioritárias da carteira de serviços da UCC, a contratualizar com o ACES, de entre outras, destacamos: **“Promover, organizar e participar na formação técnica externa, designadamente nas áreas de apoio domiciliário e familiar, bem como no voluntariado.”** (Portugal, Ministério da Saúde, 2009,p. 15440)

Perante este disposto, a UCC terá uma grande responsabilidade, na implementação de projectos de apoio domiciliário e familiar, e no âmbito do voluntariado, como complemento aos cuidados de proximidade.

A saúde dos cidadãos é uma responsabilidade que deverá ser partilhada pelos diferentes níveis de cuidados que em conjunto devem assegurar, a sua continuidade e integração.

O conceito de saúde é cada vez mais abrangente, e desta forma indissociável da família e da comunidade. Será importante assegurar a existência de equipas multidisciplinares comunitárias, que se possam articular na prestação de cuidados de saúde globais tanto na especificidade do indivíduo e da família.

De acordo com a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, “ torna-se imperioso desenvolver uma aposta forte na promoção da saúde que conduza à construção de comunidades saudáveis”. (Ministério da Saúde, 2011, p. 10)

1.2.3 – Identificação dos problemas parcelares que compõe o problema geral

1.2.3.1 Elevado índice de envelhecimento no concelho de Santiago do Cacém, associado ao isolamento social no domicílio;

O concelho de Santiago do Cacém apesar de beneficiar da sua localização a litoral, debate-se com muitas fragilidades, comuns a toda a região Alentejo, estamos a falar do envelhecimento demográfico, do isolamento geográfico da população mais idosa, da insuficiência de equipamentos /valências sociais para as diferentes camadas etárias da população, de taxas de analfabetismo elevadas, baixas qualificações profissionais, do desemprego feminino, da falta de habitação social, e da insuficiência de pessoal de saúde.

Segundo a estatística, mais de 15 por cento da população portuguesa tem mais de 65 anos, isto é, cerca de milhão e meio de cidadãos.

No entanto, o concelho de Santiago do Cacém, supera estes valores com cerca de ¼ da sua população idosa, com um índice de dependência total elevada. (Diagnóstico Social, 2011)

Tanto a velhice como o envelhecimento da população têm sido equacionados entre nós, nos últimos anos, como uma patologia. Segundo Martins (2008)

este fenómeno encontra explicação no contexto da cultura ocidental, onde é dominante um modelo de desenvolvimento, assente fundamentalmente sobre os mitos do crescimento económico e do produtivismo, do qual resulta uma visão redutora do homem e da sociedade, que se encontra dividida pelo mercado de trabalho entre membros ativos e membros inativos. (p. 126)

Portugal não é excepção desta realidade.

Na mensagem proferida pelo Ministro da Solidariedade Social, no Seminário “Envelhecer: um Direito em Construção” (1998) é feita a constatação de que existem grandes transformações estruturais na sociedade portuguesa: transformações demográficas, económicas, sociais e culturais, o envelhecimento surge como um efeito e ao mesmo tempo um factor. Declara-se como um fenómeno social e global que a todos diz respeito. Afeta, além dos idosos, as famílias, todos os meios e estratos sociais, nalguns dos quais com particular gravidade, colidindo com a capacidade das famílias em responder a esse desafio.

Todas estas transformações têm expressões diferenciadas e singulares no território nacional, quer nos contextos socio-urbanísticos quer nos contextos sócio rurais.

O problema do envelhecimento surge como um fenómeno que preocupa cientistas e governantes. Faz-se acompanhar de inúmeras dificuldades relacionadas com o encargo dos idosos sobre as gerações futuras, vários custos que o seu grande número representa, e a falência dos sistemas de reforma. (Martins, 2008)

Além da transformação física, própria de um organismo que envelhece, ocorre também uma social, em função das perdas e limitações que advêm com a velhice, o que, muitas vezes, leva o ser humano ao isolamento social e à solidão. (Pedrozo e Portella, 2003)

Ao tornar-se um problema social, a velhice passou a mobilizar gente e recursos, cuja preocupação em encontrar soluções, se evidencia no aumento de estudos e de investigadores, que centram as suas atenções nas pessoas idosas. A produção e institucionalização de medidas especificamente orientadas para a velhice passou a designar-se por políticas de velhice, entendendo-se estas como “o conjunto de intervenções públicas, ou acções colectivas, cujo objectivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade”. (Fernandes, citado em, Martins 2008, p. 127)

O envelhecimento da população, o aparecimento marcante de doenças crónicas, as alterações na estrutura e comportamentos sociais e familiares vêm determinando novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. O crescente envelhecimento da população exige medidas que vão de encontro às necessidades e potencialidades dos idosos. (Direcção Geral da Saúde PNPSI, 2006).

Os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente, estão relacionadas com situações susceptíveis de prevenção. Citando o PNPSPI é urgente

reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos. (Direcção Geral de Saúde, 2006, p. 4)

1.2.3.2 Elevado grau de dependência das pessoas idosas associado às multipatologias

No que se refere à percepção do estado de saúde da população idosa portuguesa, 49% das pessoas que integram o grupo etário entre os 65 e os 74 anos e 54% dos que têm 75 ou mais anos, consideram a sua saúde como má ou muito má.

Num estudo mais recente das pessoas entrevistadas com 65 e mais anos, 12% declararam precisar de ajuda para o exercício de actividades de vida diária e 8% declararam ter sofrido, no último ano, pelo menos um acidente doméstico ou de lazer. De notar, ainda, que 52% das pessoas idosas inquiridas referiram viver na companhia de apenas uma pessoa e 12% referiram viver em situação de isolamento.

Relativamente à procura de cuidados de saúde, avaliada pelo indicador consultas médicas nos últimos três meses, tem-se verificado um aumento da procura por pessoas de 65 e mais anos, nomeadamente acima dos 85 anos, onde esse aumento corresponde a 22% entre 1987 e 1999, o que justifica e obriga à progressiva adequação da prestação de cuidados de saúde à população mais idosa. (Direcção Geral de Saúde, PNSPI 2006)

Uma boa saúde é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade uma vez que as pessoas idosas activas e saudáveis, para além de se

manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias. (Direcção Geral de Saúde PNSPI, 2006)

Na verdade, os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares, sobrepondo-se parcialmente, sendo importante distinguir o envelhecimento normal do processo de envelhecimento que é fortemente influenciado por factores nocivos, como os efeitos adversos dos ambientes, dos estilos de vida desadequados e dos estados de doença.

O conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento depende de uma variedade de influências, ou determinantes, que envolvem não apenas os indivíduos, como as famílias as próprias nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde, sugere que todos estes factores, bem como os que resultam da sua interacção, constituam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações. (ONU, 2002)

São apontados como factores que ocorrem frequentemente na população idosa e que condicionam a sua saúde, autonomia, independência e qualidade de vida, a patologia crónica múltipla, a poli medicação, os acidentes domésticos e de viação, o isolamento social, as alterações da estrutura familiar. Esta situação de dependência obriga a uma nova organização política e social, com a avaliação e actuação de equipas multidisciplinares e multisectorial, aos níveis local, regional e nacional. (Direcção Geral de Saúde, PNSPI 2006)

A tendência actual é para um aumento de pessoas idosas com maior longevidade, mas que apresentam um maior número de doenças crónicas, o que está directamente relacionado com maior incapacidade funcional.

O comprometimento da capacidade funcional, tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, pois ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida do idoso. (Alves, L. C. et al., 2007)

Assim, na opinião de Alves, et al. (2007), torna-se fundamental, compreender os factores que contribuem para a incapacidade funcional do idoso, para que as estratégias na política da saúde, sejam mais preventivas e eficazes, reduzindo os custos com o serviço de saúde e minimizando a carga sobre a família.

O estudo realizado, por estes autores, nos anos 2000/2011, com idosos residentes no Município de São Paulo, teve como objectivo principal investigar a influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos. Teve como

variáveis, a idade, sexo, estrutura familiar, educação e presença de outras comorbilidades: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardíaca, doença pulmonar, cancro e artropatia. Os resultados deste estudo demonstraram que as doenças crónicas apresentam uma forte influência na capacidade funcional do idoso. A presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a oportunidade de o idoso ser dependente nas atividades de vida diária (AVDs), a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50 %.

1.2.3.3 Resposta insuficiente das instituições sociais

No concelho de Santiago do Cacém existe um Lar da Santa Casa da Misericórdia, cuja lista de espera, excede os dois anos. Os centros de dia existentes em sete freguesias, não dão resposta a utentes em situação de grande dependência. (Diagnóstico Social, 2011)

Com o elevado índice de envelhecimento, e deficiente resposta da família para assegurar os cuidados aos seus entes queridos, as respostas das instituições sociais apesar de serem insuficientes, tem demonstrado não ser a resposta mais adequada ao acolhimento de idosos.

As pessoas estão ligadas às suas casas por laços afectivos podendo atribuir-lhes um valor simbólico por associação a memórias do passado. (Martins, R. M.L, 2008)

Por estas razões, a residência dos idosos torna-se uma questão fulcral, se considerarmos que a casa se torna o espaço privilegiado para as actividades que se desenvolvem no período da pós-reforma. Aliado a isto, segundo Martins (2008) “acresce o facto de as pessoas idosas, terem uma diminuição das capacidades de adaptação, que as torna mais sensíveis ao meio ambiente que as rodeia e de ter a casa um valor simbólico na construção da identidade social do Ser Humano” . (p. 137)

À semelhança de outros países, também em Portugal uma das respostas que ultimamente tem sido evidenciada é o apoio domiciliário, permitindo que o idoso permaneça no seu lar. O apoio domiciliário, como intervenção social de eleição, dá resposta a muitas situações e problemas pessoais e familiares, sobretudo face aos desafios do envelhecimento. O exercício do apoio domiciliário deve promover a participação responsável de todos os intervenientes. Em geral, tendem a conjugar-se serviços de apoio social e cuidados de saúde.

Constata-se que dispomos de uma grande variedade de agentes e de formas de apoio domiciliário; não obstante, em geral, tendem a conjugar-se, pelo menos, serviços, apoios e cuidados sociais de saúde e de intervenção nas condições de habitação. Contudo, é urgente e indispensável a coordenação de diversas entidades e dos vários técnicos e outros agentes formais e informais, intervenientes a nível local, incluindo as autarquias, cujo papel deverá ser melhor estudado e definido.

Dado que o lar de cada pessoa, é denominado como uma unidade holística será, deveras importante investigar e teorizar sobre o processo que liga os idosos ao seu lar, os problemas da manutenção do idoso na comunidade, o processo de separação que se verifica quando o idoso é institucionalizado. A adaptação a um novo ambiente a que ironicamente chamamos “Lar”, implica no mínimo um processo de apropriação, ligação e identidade relativamente longo, e quantas vezes penoso, até que possa de facto ser o “Lar” do idoso.

A institucionalização surge normalmente para a família ou para os idosos sem família como a última alternativa quando todas as outras são inviáveis. Se é verdade que a perda de autonomia física é um factor determinante na opção do internamento, o facto é que, associados a esta dependência física, surgem outros factores que por vezes condicionam mais fortemente a decisão.

Assim, vários estudos têm confirmado que os problemas de saúde e a consequente perda de autonomia não surgem como os principais factores apontados para a decisão do internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interações que facilitem a integração social e familiar dos idosos e que garantam um apoio efectivo em caso de maior necessidade. (Martin, R. M.L.. 2008)

1.2.3.4 Evolução do conceito e papéis da família

Face às transformações fisiológicas e psicológicas ocorridas durante o processo de envelhecimento, o idoso com o avanço dos anos, passa a viver uma vida social mais restrita, cingindo-se cada vez mais à sua família. Em consequência, a família torna-se essencial, não só à sobrevivência do idoso, mas também no aspecto emocional, face às contingências do declínio biopsicossocial. (Martins ,R. M.L. 2008)

A família, é considerada, uma célula fundamental, enquanto lugar privilegiado de trocas intergeracionais, onde gerações se encontram, se interajudam e completam de forma intensa.

A instituição familiar é ainda o garante da solidariedade necessária aos ascendentes em situação de velhice. Esta situação deve-se em grande parte ao facto, de muitas mulheres não desempenharem actividade profissional fora de casa, o que lhes permite ter maior disponibilidade para o apoio à família.

Ao reconhecer o importante papel desempenhado pelos cuidadores na manutenção dos seus familiares incapacitados e idosos na comunidade. *André, S., et al. (2010) refere* “Somos de opinião que uma das maiores competências da família é o cuidado em saúde. A família é primariamente responsável pela maioria dos cuidados de saúde durante os ciclos de saúde /doença”. (p. 132)

As modificações estruturais observadas nas famílias, que se tornam cada vez mais nucleares, tendo como consequência as expressivas modificações nos papéis desempenhados pelos seus membros, dificultam a participação da família na assistência dos seus membros mais vulneráveis, como sejam os idosos. Este factor pode contribuir para uma carência assistencial dos mais incapacitados (*André, S. et al 2010*).

Para Martins, R. M. L. (2008), existem vários factores que contribuíram para as transformações da estrutura familiar, e consequentes transformações na sociedade moderna, tais como,

as migrações, que obrigaram as famílias nucleares a tornarem-se mais “individualistas”; a mobilidade social ligada à cidade e ao trabalho industrial distende os laços entre irmãos; a educação estabelece uma clivagem no seio familiar e fá-las desintegrarem-se; sucedendo de uma forma idêntica em relação à grande assimilação de novos valores, atitudes, condutas ligadas à industrialização, à cidade e ao prestígio dos estranhos. (p. 134)

Todas estas transformações tornam a estrutura familiar e social incapaz de resolver os problemas que se colocam hoje aos idosos. Enquanto a família tradicional oferecia quase em exclusividade uma série de serviços, que hoje são assegurados, muitas vezes, por instituições, esta nova dinâmica familiar é incapaz de assegurar as funções que tradicionalmente lhe cabiam e que passavam por satisfazer necessidades básicas como a alimentação, habitação e cuidados globais, necessidades psíquicas, como a auto-estima, o afecto, o equilíbrio e as necessidades sociais como a identificação, relação, comunicação e pertença a um grupo.

Perante esta incapacidade de resposta às necessidades do idoso, a família tem sido publicamente responsabilizada pelo abandono do seu familiar.

Ainda citando Martins (2008) “a família (entendida como o mais marcante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação do ser humano), percebida como unidade de integração e sucessão de saberes num plano trigeracional, nuclearizou-se em virtude da industrialização desregrada”. (p. 134)

Com o surgimento das grandes concentrações urbanas, que impõe modos de vida que não são compatíveis com a coabitação dos mais velhos, aparecem as instituições vocacionadas para o acolhimento de idosos.

Perante as transformações nas estruturas familiares, multiplicam-se as interrogações quanto ao impacto causado pela presença de familiares com limitações, na dinâmica de funcionamento das famílias. Supõe-se que, em condições de disfuncionalidade, as famílias tem a sua capacidade assistencial diminuída, impedindo estas de serem capazes de prover adequadamente o atendimento sistemático para o cuidar.

André, S., et al. (2010) concorda ao afirmar “está a tornar-se cada vez mais reconhecido e importante o papel desempenhado pelos cuidadores na manutenção dos seus familiares incapacitados e idosos na comunidade” (p. 132). Sendo de opinião que uma das maiores competências da família é o cuidado em saúde. A família é a principal responsável pela maioria dos cuidados de saúde durante os ciclos de saúde /doença

Estes autores ainda referem, que em estudos ingleses, 95% dos cuidados de saúde aos idosos são realizados por cuidadores informais, sendo estes, cônjuges, filhos e filhas, noras e genros, sobrinhos e netos, amigos, membros de entidades paroquiais, cuidadores sem formação profissional de saúde, que se dispõe a dar aos doentes sob a sua responsabilidade os cuidados indispensáveis, tendo como a sua maior arma a sua disponibilidade e boa vontade.

Cuidar implica o acolhimento e escuta do outro que se nos apresenta como alguém que precisa de nós, com a sua história e a sua perspectiva de tudo quanto o rodeia. Para estes autores “Cuidar assume-se como um estilo que parte do coração e da inteligência, que podemos traduzir por técnica e humanidade, contrastando com algumas mentalidades da eficácia, que pensam que a todo custo podem comprar a saúde apenas com evolução da ciência”. (*André, S., et al , 2010*, p. 132)

O cuidador, ao reconhecer a pessoa como ser único no mundo e que comporta diferentes dimensões, em interação com o seu meio ambiente, deve dar resposta às necessidades globais da pessoa. Mas para isso é necessário compreender, em contexto domiciliário, o processo global vivenciado pela família cuidadora do parente doente e fragilizado, porque a doença provoca em qualquer pessoa uma alteração completa e complexa nas suas diferentes esferas: física, mental, social e espiritual.

Neste suposto, cuidar não é uma tarefa fácil, pois impõe uma mudança radical de papéis e estilo de vida do cuidador, exigindo a execução de tarefas complexas, delicadas e angustiantes. Uma vez que cuidar significa dedicar longos períodos de

tempo ao paciente, provoca desgaste físico, sobrecarga emocional e exposição a riscos mentais e físicos, aliado aos custos financeiros.

Tornar-se cuidador não é algo escolhido nem planeado, é uma carreira que transcorre no tempo, e a maneira como evolui depende das características da doença do idoso, das habilidades do cuidador e da posição deste dentro da família. Apesar disso, cuidar de familiares constitui um acto de amor da maior importância, que deve ser incentivado e preservado.

Para André, S., et al (2010) “Cuidar vai além do atendimento das necessidades básicas do ser humano, é um compromisso com o cuidado existencial, que envolve o auto-cuidado, a auto estima, a auto valorização, a cidadania do outro e da pessoa que cuida”. (p. 133)

Com o presente projecto de Voluntariado de proximidade, pretendemos, não substituir a família, mas colmatar esta lacuna de solidão, vivenciada cada vez mais pelo idoso e ou pessoa dependente.

1.2.3.5 Falta de apoio na rede de vizinhança

Para estimular a inclusão social de idosos e pessoas deficientes as políticas governamentais devem enfatizar os contactos sociais, a importância das competências sociais e redes de apoio social. Portanto, políticas relativas ao isolamento social implicam medidas que reforçam as funções da vizinhança.

Consequentemente, tem sido dada muita importância ao cuidar e ao trabalho voluntário, como dimensões evidentes na vida de cada cidadão. Isto implica uma orientação para a chamada "sociedade civil", que significa que as pessoas têm de contribuir com a sua parte para apoiar os membros da família, amigos e moradores do bairro. (Machielse, 2006)

Especialmente em certos bairros, os residentes podem ter um significado importante, que pode contribuir para o envolvimento da comunidade e rede de vizinhança. O ambiente social é um terreno fértil para contactos sociais. Por outro lado, o comércio local, campos de jogos, centros sociais e culturais, parques, etc., podem dar aos residentes a oportunidade de se encontrarem e contribuírem para a sua identificação com a vizinhança. As relações de vizinhança são relações de trocas importantes que envolvem certos tipos de apoio e ajuda.

A primeira consequência relacionada com as principais evoluções da sociedade é a grande importância da participação no trabalho.

Cada cidadão adulto que provê o seu próprio sustento e está envolvido na sociedade é altamente valorizado. A ênfase sobre o trabalho e os contactos estabelecidos no trabalho, sobrepõe-se aos contactos na esfera privada. O aumento da participação no mercado de trabalho também implica que a construção e manutenção de uma rede social de ambiente pessoal está sob crescente pressão (tempo). A exigência para participar no processo de trabalho implica que os contactos diários com a família, amigos e vizinhos têm de competir com os contactos sociais de seu ambiente profissional.

Isso faz com que aquelas pessoas que não participam do processo de trabalho reduzam os seus contactos sociais. Para os cidadãos sem trabalho - por causa de saúde precária ou reforma - as hipóteses de entrarem em contactos sociais diminuirão. Isso significa que os idosos têm menos oportunidades de participação social. Ainda mais quando têm problemas com saúde ou de mobilidade física.

O ambiente em que vivem também contribui para o surgimento de isolamento social. Para muitas pessoas, bairros adquiriram um significado diferente do que costumavam ter, não apenas devido ao aumento da participação dos trabalhadores, mas também por causa de maior migração.

O ambiente habitacional pode estimular ou desencorajar contactos sociais. Por exemplo, um bairro em que a maioria das pessoas está no trabalho durante o dia oferece poucas possibilidades para contactos sociais. A composição da população do bairro também desempenha um papel: quando as pessoas têm pouco em comum (idade, tipo de agregado familiar, etnia, estatuto sócio económico), eles têm menos oportunidades de interacção e mais de continuarem a ser estranhos. Possibilidades de isolamento social são ainda maiores quando as pessoas já não se sentem seguras no seu bairro, por exemplo, devido à alta criminalidade ou se a composição da população do bairro muda rapidamente em um curto período de tempo. (Machielse, 2006)

O isolamento social é muitas vezes visto como um fenómeno típico das grandes cidades, como este é o lugar onde se encontra a maior diversidade cultural e étnica.

Pessoas em bairros urbanos têm menos contacto uns com os outros. Nestes grupos com menos mobilidade, em particular, os idosos e pessoas com problemas de saúde, as consequências negativas aumentam. Tornam-se mais dependentes de redes pessoais e, portanto, provavelmente mais vulneráveis ao isolamento social. (Machielse, 2006)

Embora seja inegável o importante papel que é atribuído às redes familiares, como maior fonte de apoio físico e emocional dos idosos, os amigos têm também um forte efeito no seu bem-estar subjectivo. Os amigos são importantes nas redes de

apoio social, implicando múltiplos aspectos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização ou até mesmo o apoio a nível material. (Martins ,R. M.L. 2008)

A criação de mecanismos de solidariedade a nível comunitário, passa por sensibilizar-se os vizinhos e amigos para a importância da manutenção das relações de amizade e de interajuda para com as pessoas mais velhas da comunidade; estimular e apoiar o desenvolvimento de projectos locais, que conduzam a uma maior participação das pessoas idosas e a desenvolver todo um esforço direccionado à mudança de mentalidade face aos idosos.

Para Martins e Santos (2008) deve-se investir na procura de soluções que permitam actuar, fundamentalmente, ao nível da prevenção, para que num futuro próximo, idosos a viver em situações de exclusão sejam apenas imagens do passado. Apesar de serem múltiplos os direitos dos idosos, já consagrados na moldura legislativa, infelizmente alguns deles não são cumpridos nem respeitados no nosso país. É dever de todo o cidadão fazer com que estes direitos sejam assegurados e respeitados, e agir com justiça em relação ao idoso de hoje, por forma a garantirmos o futuro do idoso da amanhã.

Cabe a todos nós assumir a defesa dos concidadãos idosos, com base numa solidariedade intergeracional consciente e sem reservas, deixando a terceira idade de ser objecto de olhares pejorativos e passar a ser respeitada, pois, ao fazê-lo, estamos de certa forma a cuidar de nós próprios e de todos aqueles que um atingirão tal condição.

1.2.3.6 Transculturalidade

A Freguesia de Santo André tem uma história muito rica. Terá sido criada, ou no reinado de D. João I, ou no reinado de D. Duarte. Sabe-se porém, que a dita freguesia já existia no século XVI e que era formada por um grupo de casas que foram sendo construídas à volta da igreja, a qual deu o nome a esta pequena localidade e cuja população vivia da exploração da Lagoa, do comércio da feira anual. A sede de freguesia estava instalada na Aldeia de Santo André, que começou por ser apenas um lugar, à qual pertencem as localidades da Costa de Santo André, Deixa-o-Resto, Azinhal, Giz, Brescos.

Em meados dos anos 1970 começaram a radicar-se na freguesia, na zona do Areal, centenas de famílias atraídas pela oferta de trabalho que o Complexo Industrial

de Sines. A cidade de Vila Nova de Santo André, que só recentemente tomou a capitalidade da freguesia, não corresponde à antiga aldeia ainda existente e pujante: o burgo original dista 3 quilómetros do austero núcleo urbano criado nos anos 1970 num antigo pinhal.

Assim, devido á oferta no mercado de trabalho ao nível da indústria do Pólo Industrial de Sines, verifica-se grande migração de pessoas. A localidade de Vila Nova de Santo André tem cerca de 40 anos de existência, foi criada para dar residência aos trabalhadores da Indústria de Sines, e Porto de Sines. Mobilizaram-se para esta terra, famílias oriundas de todo o país, e maioritariamente portugueses regressados das ex-colónias de África. Além destas famílias que se radicaram na terra, hoje em dia, existe um grande número de imigrantes de leste, brasileiros, e de famílias oriundas de outras zonas do País que procuram o litoral como resposta de trabalho. (Diagnóstico Social, 2011)

1.2.4 Determinação de Prioridades

Passamos a alistar as prioridades para a concretização deste projeto, que surgem segundo o realizado, por ordem cronológica:

- Pesquisa bibliográfica para fundamentação do Projecto (realizado ao longo de todo o projeto);
- Reunião com entidades que trabalhem no âmbito do Voluntariado de modo a conhecer metodologias e opções de trabalho (efectuado entre Junho e Setembro)
- Elaboração de um folheto de divulgação (elaborado em Julho, anexo I)
- Divulgação do projecto de voluntariado (a partir de Julho)
 - Entre profissionais de saúde;
 - Entidades Comunitárias;
 - População Geral:
- Recrutamento de voluntários (a partir de Setembro)
- Elaboração de Guião para entrevista estruturada (elaborada em Outubro, anexo II)

- Elaboração carta de compromisso do projeto (elaborado em Dezembro, anexo IV)
- Seleção de voluntários inscritos e constituição da equipa (Fevereiro 2012)
- Formação inicial ao grupo selecionado (final Fevereiro e início de Março 2012)
- Elaboração do Regulamento interno (Março 2012, anexo V)
- Início do acompanhamento domiciliário por parte dos voluntários (Março 2012).

2. OBJECTIVOS

Enquadrando os objectivos na metodologia de projecto, estes apontam para os resultados que se pretendem alcançar. Os objectivos específicos estão relacionados com o grau de complexidade do objectivo geral, sendo-lhe directamente proporcional. (Ruivo, A.M., et al 2010)

Passamos a descrever o objectivo geral, e os objectivos específicos deste projecto.

2.1 OBJECTIVO GERAL

Minimizar o isolamento social e solidão dos idosos e/ou pessoas dependentes, através do acompanhamento e apoio no domicílio, por parte de uma equipa de intervenção de voluntários, contribuindo para a humanização dos cuidados prestados à pessoa/cliente.

2.2 OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Promover a integração do projecto no âmbito da equipa multidisciplinar de saúde;
- Divulgar o Projecto Voluntariado na comunidade;
- Promover articulação entre entidades comunitárias;
- Recrutar o grupo de voluntários;
- Formar o grupo de voluntários
- Iniciar o acompanhamento e apoio no domicílio;

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, passamos a fundamentar, a importância do papel do enfermeiro, inserido numa equipa multidisciplinar, que conhece a realidade da comunidade com a qual trabalha; a necessidade das políticas de saúde, se adaptarem á realidade sócio-demográfica, e a proficiência de projectos em saúde virados para os problemas da comunidade, tendo como pilar os cuidados de saúde primários, que se requerem de proximidade. Destacaremos a importância do trabalho de voluntariado no contexto da saúde, e finalmente, abordaremos o tema da solidão e isolamento social das pessoas idosas e dependentes, apontando os principais factores económicos e sociais desencadeantes desta situação.

3.1 PAPEL ACTIVO DO ENFERMEIRO COMUNITÁRIO

Inicialmente as teorias de enfermagem davam especial enfoque apenas ao indivíduo, ou seja, não abordavam a família como um sistema aberto e dinâmico. (Pagliuca & Moura, 2004)

Contudo estas abordagens foram evoluindo ao longo das mudanças de paradigma. Imogene King realizou uma revisão bibliográfica de modo a construir a estrutura conceitual da sua teoria, tendo sofrido diferentes influências por parte de outras, como a Teoria Geral dos Sistemas e o interacionismo simbólico, que realçavam a pessoa como ser social e ainda a importância da vertente do psicológico com realce para as teorias da adaptação e do stress. (Pagliuca & Moura 2004)

Segundo **KING**, a **família** é definida como “um sistema social e um sistema de interacção dos seus membros, sendo que o objectivo passa por influenciar os indivíduos no crescimento, desenvolvimento e no progredir da dependência da infância para a independência da vida adulta”. (King, citado em Pagliuca & Moura 2004, p. 271)

Nesta teoria, é fulcral o papel do enfermeiro com recurso à interacção enfermeira-família, de modo a ajudar a família a clarificar a situação e a prestar informação necessária para o estabelecimento de um objectivo e a resolução do problema relacionado com a saúde da mesma. O indivíduo encontra-se inserido na família que por sua vez se encontra inserida na comunidade, o que revela a importância da abordagem do enfermeiro de comunidade. (Bolander, 1998)

A **enfermagem comunitária** e de saúde pública “desenvolvem uma prática globalizante centrada na comunidade”. (Portugal, Ministério da Saúde, 2011, p. 8667) Adequada a participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais. Inclui actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade.

A enfermagem comunitária e de saúde pública responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político. (Portugal, Ministério da Saúde, 2011, p. 8667)

É necessário delinear estratégias do ponto de vista da prestação/organização dos cuidados de saúde, que impliquem a actuação de uma equipa multidisciplinar envolvendo os profissionais da área de saúde comunitária (enfermeiros, médicos, psicólogos, sociólogos, assistentes sociais), em articulação com as áreas sociais (instituições de solidariedade social, igreja), recursos comunitários (parentela, vizinhos, amigos, voluntariado) e as estruturas internas familiares. (Bolander, 1998)

Um projecto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo, tendo como características: produzir benefícios que possam perdurar e que mesmo na ausência do projecto possam perpetuar os seus efeitos; criar dinâmica para outras iniciativas na equipa multidisciplinar, particularmente nos Enfermeiros; e por fim, permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível, de modo autónomo tendo em conta os recursos existentes. (Guerra, I., 1994)

O enfermeiro tem um papel activo na implementação de estratégias de intervenção, de forma a melhorar a prestação de cuidados, contribuindo para uma maior eficácia na intervenção multidisciplinar ao utente e comunidade.

O enfermeiro deve intervir no sentido de procurar criar condições para a manutenção das pessoas no seu ambiente, gerindo os meios e recursos disponíveis para o acompanhamento em domicílio, na garantia de prestação dos cuidados necessários, com qualidade e em segurança. (Ordem dos enfermeiros, 2009)

Perante tão ampla abrangência torna-se complexa e desafiante a prestação de cuidados na comunidade, por vezes tão distante das mais elevadas tecnologias de ponta de algumas instituições de saúde, mas segundo Martins “ tão perto do core primordial dos cuidados de Enfermagem: a pessoa na sua mais pura essência e habitat.”. (Martins, C., 2011, p. 31)

Perspectivando a saúde como um vector de desenvolvimento, pressupõe-se que a mesma seja parte integrante de uma estratégia de intervenção multisectorial, com projectos que tenham características de sustentabilidade. (Ordem dos enfermeiros, 2009)

Citando Brissos (2004, p. 44) “Criam-se, assim, condições para um desenvolvimento participativo e humano, com reforço da competência, informação, educação, formação e cidadania, em que os recursos humanos se assumem como o principal componente”.

Sobre o dever do enfermeiro para com a comunidade, o código deontológico do enfermeiro, artigo 80º refere que sendo o enfermeiro, responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de conhecer as necessidades da população onde está inserido, bem como participar na orientação da comunidade na procura de soluções para os problemas de saúde detectados, e ainda, colaborar com os outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade. (Código Deontológico Enfermeiro, 2009, p. 53)

De forma a dar resposta às necessidades de saúde da comunidade, particularmente em cuidados de enfermagem, os enfermeiros tem-se revelando profissionais dinâmicos na elaboração e implementação de projectos credíveis. (Magalhães, 2011)

Assim segundo, este autor, “cabe aos profissionais de saúde em geral, e aos enfermeiros em particular, promover a saúde da comunidade”. (Magalhães, 2011, p.35) Cada vez mais os enfermeiros têm uma acção participativa, com a interacção de diversos parceiros na procura de melhores soluções para os problemas diagnosticados na comunidade. Uma vez que o factor saúde não é de exclusiva responsabilidade deste sector, as parcerias estabelecidas com entidades comunitárias fortalecem e potenciam a intervenção.

A análise global da situação de saúde concreta de cada comunidade tem que estar sempre presente. Ciente de que os factores psicológicos, sociais económicos, ambientais e culturais influenciam a saúde, o enfermeiro, como membro de uma equipa multidisciplinar, trabalha em colaboração com outros profissionais, de forma a garantir os cuidados específicos de que precisa aquela comunidade para lidar com os desafios de saúde.

Aos enfermeiros exige-se que sejam motores de mudança na organização dos cuidados na comunidade, integrando aspectos de multiculturalidade. A este exige-se competências específicas, nomeadamente a compreensão das sociedades multiculturais, nas diferentes concepções de vida, crenças e valores. (Jeremias, C. R., Rodrigues, F. M., 2011)

3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE E REALIDADE DEMOGRÁFICA

O fenómeno de transição demográfica, verificada no último século, caracterizado pelo aumento do número de idosos na população, que atinge hoje, tantos países desenvolvidos, como em desenvolvimento, acarreta várias mudanças na sociedade. (ONU, 2002).

Decorrente disso, surgem diversas interrogações fundamentais e novas demandas para os responsáveis pela elaboração de políticas públicas, a fim de suprir as necessidades e atender a uma população com percentual crescente de pessoas idosas. Para que se enfrente a realidade de uma população envelhecida, soluções criativas e viáveis devem ser adoptas pelos diversos países. O envelhecimento da população tem exigido respostas no que tange a formulação de políticas públicas de saúde e políticas sociais dirigidas aos idosos, na intenção de preservar a saúde destas pessoas e melhorar sua qualidade de vida, conduzindo as atenções, para além do tradicional atendimento às doenças e factores agravantes. (Souza, L. M.& Lautert, L. 2008)

Os Cuidados de Saúde Primários identificados como pilar do sistema de saúde, devem estar próximos das comunidades. (Ministério da Saúde, 2011)

O programa do XVII Governo Constitucional, de acordo com a base XIII da Lei de Bases da Saúde, assumiu a reforma dos Cuidados de Saúde Primários como factor chave de modernização e pilar de sustentação de todo o sistema de saúde.

A reconfiguração dos centros de saúde, teve como objectivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, com vista a uma maior proximidade, fácil acessibilidade e obtenção de ganhos em saúde.

Das acções implementadas no projecto da reforma dos CSP, na legislatura (2005-2009) na qual se celebraram os 30 anos do SNS, resultaram:

- A instalação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES);
- A actual rede de Unidades de Saúde Familiar (USF);
- A constituição de Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
- A reorganização das Unidades de Saúde Pública (USP);
- A constituição de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

(Ministério da Saúde, 2011)

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, assenta em três pilares fundamentais: a promoção de um envelhecimento activo; uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas. (Direcção Geral de Saúde, PNPSPI, 2006)

Recomenda, que se deverá dar atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis. Considerando como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação.

Propõe-se contribuir para a consolidação de um pensamento estratégico na área da política de saúde para os mais idosos, de forma impelir mudança e inovação no sistema de saúde, aos vários níveis de intervenção, ser orientador das acções a nível local, incluindo as áreas da informação, formação e boas práticas e ser gerador de sinergias e de metodologias de intervenção noutros sectores, que concorram para a saúde e bem-estar desta população.

O que pressupõe, segundo a Direcção Geral de Saúde, PNPSPI, (2006)

uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada. (p. 3)

As estratégias enunciadas pretendem, adequar as respostas às necessidades em saúde das pessoas idosas, numa visão prospectiva capaz de se antecipar às novas realidades sociais que emergem, de forma rápida e progressiva, no País e no contexto europeu.

A ONU e a OMS têm demonstrado a sua preocupação quanto à população de idosos, com o estabelecimento /de novas opções de políticas públicas e incentivando os países para que as instituem. (ONU, 2002)

Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas (ONU, 2002) através das propostas do Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento, coloca a participação dos idosos na sociedade, através da realização do trabalho voluntário, como um dos objectivos e compromissos a serem adoptados pelos países preocupados em manter uma sociedade para todas as idades. Esse documento reconhece que a contribuição social dos idosos vai além de suas actividades económicas, pois muitas de suas valiosas colaborações não se medem nos termos económicos, como nos cuidados prestados aos membros da família e na realização de trabalhos voluntários na comunidade, servindo, estas e outras acções, para aumentar e manter o bem-estar pessoal e colectivo.

A OMS (2011) considera o voluntariado como elemento importante para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida na velhice, além de ser uma proposta para o envelhecimento activo. Esse é o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, cujo objectivo é o de manter a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

O **envelhecimento humano**, aparece definido, no PNPSPI (Direcção Geral de Saúde, 2006) “como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (p. 5).

Considerando que o envelhecimento não é um problema mas uma parte natural do ciclo de vida, é desejável a manutenção da autonomia e independência o maior tempo possível.

A co-responsabilização da comunidade, sectores sociais e implicitamente o envolvimento da família, na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas, representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população. (Direcção Geral de Saúde, PNPSPI 2006)

Poderemos considerar que o voluntariado em saúde representa uma das estratégias de intervenção comunitária, procurando responder de certa forma às necessidades de uma população envelhecida e vítima de grande isolamento social.

3.3 VOLUNTARIADO EM CONTEXTO DE SAÚDE

Voluntariado e cidadania são expressões que prometem destaque entre os europeus no ano corrente. Tudo porque o Parlamento Europeu proclamou, o ano de 2011 como o "Ano Europeu das Actividades Voluntárias para a promoção da cidadania activa". (Parlamento Europeu, 2010)

Com esta iniciativa, a União Europeia pretende imprimir um enfoque especial sobre as temáticas da solidariedade social e da democracia, criando condições para que a sociedade civil se envolva mais nas diversas actividades de voluntariado, mas também dando mais visibilidade às acções de voluntariado já existentes.

Em concreto, isto irá traduzir-se em iniciativas ao nível europeu, nacional, regional e local. Exemplos de acções serão: as trocas de experiências e de boas práticas; a constituição de uma comissão de estudos e investigação que irá, depois, divulgar as suas conclusões; a organização de eventos de angariação de fundos e conferências; a realização de iniciativas concretas a nível nacional para promover os objectivos do ano, e o lançamento de campanhas promocionais sobre estes temas. As iniciativas são financiadas, totalmente ou em parte, pela União Europeia, conforme se realizem num âmbito europeu ou nacional, e têm um orçamento previsto de oito milhões de euros. (Parlamento Europeu, 2010)

Apesar de só agora se declarar 2011 como o ano dedicado à promoção do voluntariado e da cidadania, esta foi uma preocupação manifestada pela União Europeia já em 2006, quando o Comité Económico e Social Europeu apelou à Comissão Europeia para a necessidade de designar um ano europeu dedicado aos voluntários. Esse apelo foi seguido, em 2008, quando o Parlamento Europeu emitiu a declaração que definiu 2011 como o ano chave para promover estas temáticas. Solidariedade e intervenção cívica serão dois valores em foco para o ano 2011.

Para efeitos do Ano Europeu, a Comissão pode cooperar com as organizações internacionais apropriadas, em especial as Nações Unidas e o Conselho

da Europa, assegurando em especial a visibilidade da participação da UE, e pode igualmente tomar medidas para incitar outras organizações internacionais a reforçarem a dimensão do voluntariado a nível mundial. Em cooperação com estas organizações, a Comissão promoverá programas de voluntariado internacional com o objectivo de incentivar o intercâmbio de boas práticas de voluntariado em países terceiros. A Comissão, juntamente com os Estados-Membros, assegurará a coerência e o carácter complementar das medidas previstas na presente decisão com os restantes programas e acções comunitários, nacionais e regionais que contribuam para a realização dos objectivos do Ano Europeu. (Parlamento Europeu, 2010)

A Lei n.º 71/98 de 3 de Novembro, define as bases do enquadramento jurídico do voluntariado e visa promover e garantir a todos os cidadãos a participação solidária em acções de voluntariado. (Portugal, Assembleia da República, 1998) O artigo 2.º da Lei n.º 71/98 de 3 de Novembro define o **Voluntariado como sendo**

o conjunto de acções de interesse social e comunitárias realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas. (p.5694)

O artigo 3º da Lei n.º 71/98 de 3 de Novembro define o **voluntário** como um “indivíduo que se compromete de uma forma livre, desinteressada e responsável, a realizar acções de voluntariado, no seu tempo livre e de acordo com as suas aptidões, no âmbito de uma organização promotora”. (Portugal, Assembleia da República, 1998, p. 5694)

Não são abrangidas pela presente lei as actuações que, embora desinteressadas, tenham um carácter isolado e esporádico ou sejam determinadas por razões familiares, de amizade e de boa vizinhança. (Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1998, p. 5694)

O Decreto-lei nº 389/99 de 30 de Setembro, que regulamenta a Lei nº 71/98, de 3 de Novembro, contempla a criação do Conselho Nacional para a Promoção do voluntariado, e define as responsabilidades e objetivos deste Conselho. (Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1999)

A Lei nº 71 /98 no artigo 6º define como princípios enquadramentos do voluntariado, os princípios da solidariedade, da participação, da cooperação, da complementaridade, da gratuidade, da responsabilidade e da convergência.

O princípio da complementaridade pressupõe que o voluntário não deve substituir os recursos humanos necessários às actividades das entidades promotoras.

Este trabalho de voluntário funciona como um complemento das actividades, e não em substituição de funcionários. O princípio da convergência determina que deverá existir concordância na acção do voluntário com a cultura e objectivos institucionais da entidade promotora.

Esta Lei nº 71/98, define os princípios orientadores do trabalho voluntário e contempla um conjunto de medidas concretizadas em direitos e deveres dos voluntários e das organizações promotoras, em que ambos estabelecem um compromisso no sentido de dar cumprimento a um programa de voluntariado previamente definido.

Um dos direitos do voluntário, definido pela lei nº 71/98, é o acesso a programas de formação inicial e contínua, com vista ao melhoramento do trabalho desenvolvido como voluntário. (Portugal, Assembleia da República, 1998)

Neste sentido a entidade promotora, tem a responsabilidade de organizar e ministrar esta formação inicial aos voluntários, bem como acompanhar o trabalho do voluntário e providenciar formação contínua.

Relativamente aos deveres do voluntário definidos na lei, destacamos de entre outros, observar os princípios deontológicos pela qual se rege a actividade que realiza, designadamente o respeito pela vida privada, observar as normas de funcionamento da entidade promotora e garantir a regularidade do exercício do trabalho voluntário de acordo com o acordado com a entidade promotora. (Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1998, p. 5695)

Destacando a afirmação dos autores Souza & Lautert (2008)

é o momento de termos um novo paradigma, transpondo a tendência actual, que julga a velhice como um fardo social, para uma concepção que considere o idoso como participante activo de uma sociedade com integração social, contribuinte activo e beneficiário do seu desenvolvimento. (p. 373)

Ainda segundo Souza & Lautert (2008), aproveitar o potencial do idoso por meio do trabalho voluntário é ao mesmo tempo, uma forma de retirá-lo da exclusão social, devolvendo-lhe a auto-estima e ajudando-o a exercer sabiamente a sua cidadania.

Os benefícios do voluntariado, revertem a favor de ambos, de quem dá, e de quem recebe. O combate ao isolamento social, advém não só da integração de pessoas idosas no trabalho de voluntário, mas também dos benefícios de quem é alvo do voluntariado.

Os profissionais de enfermagem, desempenham um papel muito importante junto dos idosos, principalmente durante a consulta de enfermagem, em que estes podem incentivar e despertar o pensamento crítico dos idosos, em todos os níveis de atenção à saúde. Ao identificar idosos em situação de isolamento social, o enfermeiro deve propor - levando em consideração as particularidades dos indivíduos - o trabalho voluntário como uma das alternativas para a inclusão social e uma opção para a ocupações do tempo livre. (Souza, L. M. & Lautert, L. 2008)

O voluntariado pode assumir diversas formas e deve ser utilizado para ajudar aqueles que vivem à margem da sociedade.

Para Bocchi, S. C. et al (2010), espera-se o reconhecimento do trabalho voluntário, estimulando novos indivíduos a se empenharem em projectos sociais, contribuindo para o alicerce de uma nova concepção, que conceda aos voluntários as indicações para continuarem cultivando sua paixão.

Verifica-se ser uma prática em crescente expansão o trabalho voluntário entre os idosos, principalmente os aposentados, servindo como mecanismo para se manterem socialmente activos, afastando-se do preconceito intrínseco à aposentação. (Souza, L. M. & Lautert, L., 2008)

Segundo Bocchi, S. C. et al (2010) é comum as famílias, até mesmo as mais desfavorecidas, questionem institucionalizar seus idosos, devido à dificuldade de mantê-los em casa com um suporte adequado. Apesar da sobrecarga de ser cuidador, este pode vivenciar sentimentos de prazer e conforto quando se envolve no cuidar e percebe que esta prática tem resultados positivos na melhoria do idoso.

No estudo realizado por estes autores, sobre compreender o fortalecimento e o declínio do vínculo voluntário-idoso dependente em um centro-dia mediado por (des) motivação, concluem que os voluntários que experienciam sentimentos de impotência perante a impossibilidade de estabelecerem uma interacção favorável com o cliente, devido ao decurso natural da doença e a aproximação da finitude do idoso dependente, tendem a sofrer uma sobrecarga emocional e, portanto, ao declínio do vínculo do papel.

Desta feita, estes actores são de opinião que seria mais prudente a equipa multiprofissional sugerir, bem como orientar e supervisionar, actividades somente junto a idosos que interagem positivamente, ou seja, com possibilidades terapêuticas de sinalizar ao voluntário as respostas esperadas por ele.

Sugerem ainda, que os idosos com declínio cognitivo devem ficar sob a responsabilidade exclusiva da equipe técnica, enquanto os idosos com incapacidades físicas, mas com o estado mental preservado, sejam designados como alvo das actividades promovidas pelos voluntários.

As conclusões deste estudo corroboram os resultados de pesquisa de outros estudos, demonstrando que, para o voluntário considerar positivamente o seu papel e sustentar seus interesses, é necessário que haja um equilíbrio entre o que ele oferece e aquilo que recebe durante o processo interacional. (Bocchi, S. C. et al, 2010)

Referem ainda estudos, que discutem o trabalho do voluntário nos cenários de saúde e que reflectem as características do apoio social. Destaca que o suporte social é terapêutico nas vertentes, fisiológica e psicológica, tanto àquele que oferece como ao que recebe. Vários estudos epidemiológicos já realizados apontam o apoio social como preditor de saúde; de morbilidades, como doenças cardiovasculares; e de efeitos benéficos na sobre vida de pacientes com câncer em geral e acometidos por AVC.

Bocchi, S. C. et al (2010) apontam dois riscos potenciais para os voluntários que actuam no cenário de saúde. Um está relacionado com o facto de o voluntário não estar treinado como conselheiro e, ao conversar com o paciente, confrontar-se com problemas emocionais, muitas vezes de difícil confrontação. O outro risco prende-se com o facto de os voluntários possuírem um conhecimento limitado sobre a doença e prognóstico do paciente, podendo aumentar a ansiedade deste mediante as falsas esperanças. Por estas razões, os autores defendem ser vital que os voluntários estejam cientes de suas limitações e busquem apoio profissional apropriado/orientação e treinem as suas competências acerca das suas habilidades de aconselhamento, serviços oferecidos na comunidade e o papel e responsabilidades do voluntário.

Investir em projetos de voluntariado é um desafio aos profissionais, já sobrecarregados por situações precárias do sistema de saúde. No entrando, é fundamental ultrapassar esses problemas, investindo-se em posturas criativas, inovadoras e diferenciadas, no intuito de encontrar novos horizontes para o atendimento à população. (Souza, L. M. & Lautert, L. 2008)

É de extrema importância estimular o interesse e de se facilitar o acesso dos idosos à realização do trabalho voluntário. A OMS tem enfatizado a formulação de políticas promotoras de opções saudáveis que almejam fornecer saúde e qualidade de vida aos idosos. (OMS, 2010)

As instituições sociais e de saúde tem aqui um papel de destaque, ao facilitar a prática do trabalho voluntário, permitindo o acesso a essa actividade, através da criação de espaço físico e ambiente favorável. As parcerias entre instituições (privadas ou governamentais) e as ONGs voltadas para essa actividade, são facilitadoras à criação de ambientes propícios e acolhedores para a realização dessa prática. (ONU,2002)

Corroboramos a opinião de Souza, L. M. & Lautert, L. (2008) ao afirmar que os profissionais de saúde e sociedade, tem que fomentar o prolongamento do período de vida activa e saudável das pessoas, ao invés de, unicamente, se preocuparem em acrescentar anos à vida.

3.4 ISOLAMENTO SOCIAL E SOLIDÃO NOS IDOSOS

Pedrozo & Portella (2003) definem **a solidão** “como sendo a experiência desagradável que deriva de importantes deficiências nas redes de relações sociais de uma pessoa” (p. 178). Referencia ainda a solidão como uma experiência que surge inevitavelmente da separação da existência humana. Todas as definições implicam que a solidão resulta de deficiências nas relações sociais da pessoa, e que a solidão é vista como um fenómeno psicológico subjectivo não sendo por isso, sinónimo de isolamento. Partindo do principio que todas as pessoas tem, virtualmente, pelo menos um contacto social mínimo, a solidão é vista mais como representando insatisfação com o número ou a qualidade total de contacto social.

Machielse (2006) ao falar da sua pesquisa na Holanda, sobre o tema do isolamento social, situação em que as pessoas não têm uma rede pessoal com a família, amigos ou vizinhos, refere que o isolamento social é uma questão importante quando falamos de sistemas de cuidados domiciliários a idosos. Ao explicar por que as pessoas idosas têm um maior risco de isolamento social, aponta como causas de isolamento social, especialmente, as relacionadas com a evolução da sociedade

A rede pessoal é um fator importante na vida diária das pessoas. Pessoas que estão envolvidas numa rede de relações pessoais revelam um maior nível de bem-estar e tendem a ser mais saudáveis do que aqueles que estão socialmente isolados. A relação positiva entre a rede pessoal de alguém e a sua saúde e bem-estar é explicado de diferentes maneiras.

Em primeiro lugar, uma rede pessoal é importante para a identidade e amor-próprio. As pessoas necessitam da valorização e reconhecimento dos outros. A rede pessoal fornece esta apreciação e dá a alguém o sentimento de pertença, pois existe uma identidade social.

A segunda função de redes pessoais é a contribuição para a integração social. Relações Sociais oferecem às pessoas a possibilidade de se sentir parte de um grupo

em que eles podem ter envolvimento pessoal, de intimidade e amizade. Ser parte de um grupo significa que as pessoas criam e compartilham uma visão da realidade com os outros e, portanto, são menos incomodados por sentimentos de insegurança. (Machielse, 2006).

A função, em terceiro lugar muito importante de uma rede pessoal é de apoio social. A expectativa de que, em tempos de necessidade se pode contar com a ajuda e apoio de outros é essencial para o bem-estar e saúde. O apoio prático e emocional são dois tipos importantes de apoio.

Apoio prático é quando os membros da rede oferecem conselhos ou ajuda específica para ajudar a resolver um problema providenciando dinheiro, comida, roupa ajuda em casa, ou informação.

Apoio emocional dá às pessoas a sensação de que os outros se preocupam com eles e de que eles podem falar sobre problemas pessoais. Para além dessas duas formas de apoio, há também apoio na forma de companheirismo social, que é a iniciativa comum das atividades sociais ou visitarem-se mutuamente. Este apoio social contribui substancialmente para o funcionamento pessoal. É extremamente importante para os idosos, especialmente para aqueles que têm uma saúde precária ou uma mobilidade limitada. O seu funcionamento pessoal e social depende muito do apoio social que possam obter.

As graves consequências da falta de apoio social foi ilustrada no verão de 2003, quando na França, um grande número de idosos morreu durante uma onda de calor porque a rede informal de familiares, amigos e vizinhos estava completamente ausente. (Machielse, 2006)

Machielse (2006) aponta as seguintes causas de isolamento social, relacionadas com a evolução da sociedade:

Um primeiro desenvolvimento que teve uma grande influência sobre a estrutura social da sociedade foi o processo de diferenciação, isto é, a especialização cada vez maior de pessoas e instituições visando maior produtividade e habilidades. Tarefas que costumavam ser cumpridas num contexto familiar foram amplamente assumidas por especialistas que as tornaram a sua profissão. Isto é como cuidar dos familiares doentes e idosos, que costumava ter lugar dentro da família, e agora se realizam em grande parte em hospitais e outras instituições. A vida tradicional da comunidade, com uma solidariedade auto-evidente deu lugar a novas formas de solidariedade e interdependência, que são mais abstractas e anónimas.

Um segundo desenvolvimento que teve consequências importantes para a cultura social é o processo de racionalização. Um ponto de partida na sociedade ocidental é que tudo pode ser resolvido por meio de conhecimentos práticos e acções racionais. Isto leva a um estilo de vida planeado em que as regras de eficiência dominam.

Um terceiro desenvolvimento, que está fortemente relacionado com a diferenciação e racionalização da sociedade é o processo de individualização. Podemos ver que a consciência colectiva desapareceu como base para o comportamento e solidariedade. Quadros de integração, tradicional significativa dissolveram-se e as pessoas são menos capazes de voltar a contrair laços sociais como família e vizinhança. Os efeitos podem ser notados na vida pessoal e nas relações entre as pessoas.

Fala-nos ainda, de um último desenvolvimento que tem grandes consequências para o ambiente social é o processo de globalização, que no século 20 levou a um alargamento do âmbito da sociedade. O mundo tornou-se agora um grande sistema social no qual as pessoas comunicam entre si. Este processo levou a uma notável expansão do espaço social em que as pessoas vivem. Eles agora lidam com um grande número de relações numa ampla gama de situações, as pessoas fazem parte de círculos muito diferentes, como sua família, o seu círculo de amigos, o seu trabalho e vizinhança.

Estes desenvolvimentos sociais fornecem uma heterogeneidade crescente que é expressa em vários sectores: família, educação, trabalho, saúde, ambiente em que vivem, etc. Algumas das principais consequências desses desenvolvimentos influenciam as estruturas sociais na sociedade em geral, e especialmente na troca de apoio social entre membros da família, amigos e vizinhos.

Ao lado de factores sociais, existem também outros factores de risco, que podem aumentar o isolamento social. Investigação realizada em pessoas socialmente isoladas mostra que na maioria dos casos há uma combinação complicada de factores e circunstâncias diferentes. Há uma forte relação entre o isolamento social e factores de fundo, como idade, rendimentos, condições de vida e ambiente. Os grupos populacionais que têm maiores riscos de se tornarem socialmente isolados, são idosos, doentes e deficientes. (OMS, 2011)

Além da sua relação com a idade, o isolamento social diz muitas vezes respeito a pessoas que passam por momentos difíceis na vida, como a morte de um parceiro, divórcio, desemprego ou invalidez. Tais eventos são muitas vezes acompanhados de uma perda de relações.

Outra explicação para o maior risco de isolamento social para os idosos encontra-se em problemas de saúde física e mental. Doenças crônicas ou deficiências podem colocar as pessoas numa posição que os torna mais vulneráveis ao isolamento. Limitações físicas ou mentais muitas vezes constituem um obstáculo à participação na sociedade.

Apesar de envelhecer não significar necessariamente adoecer, é notório que certas doenças são mais frequentes em idosos, por isso é que a maioria considera o corpo um fardo e não se quer tratar quando adoce, passando a desejar a morte. Uma vez que se foram os amigos, o (a) companheiro (a), o trabalho ficou para trás, os filhos não estão tão próximos como desejado, a vida social está vazia e, neste contexto, a solidão instala-se na vida do ancião. (Pedrozo & Portella, 2003)

Nas sociedades ocidentais o isolamento social está explicitamente relacionado com determinadas competências sociais que influenciam o modo como as pessoas interagem com os outros. Estas competências são necessárias para a construção e manutenção de relações sociais úteis. A falta de competências e habilidades sociais aumentam a probabilidade de alguém se tornar solitário ou socialmente isolado. (OMS, 2011) Um conceito importante na construção de uma rede pessoal é a capacidade das pessoas lidarem e resolverem os problemas. Saber lidar com os problemas, permite que indivíduos sejam capazes de enfrentar situações stressantes com que são confrontados na vida quotidiana. (Paúl,C., 2007)

Participar na vida moderna coloca grandes exigências ao indivíduo, uma vez que assume que as pessoas são capazes de moldar suas próprias vidas para além dos laços de uma determinada comunidade ou grupo. Nem todos estão equipados da mesma forma para fazer isso. Pessoas que não têm as necessárias habilidades sociais sentem-se perdidas no meio de associações de grande escala. Eles não vêem possibilidade de integração através de laços sociais e tornam-se socialmente isolados. Já vimos que os idosos têm um risco muito maior de se tornarem socialmente isolados, porque se confrontam com um acumular de problemas diferentes. Como consequências do isolamento social, apontamos os efeitos negativos para o bem-estar pessoal: marginalização, exclusão social, problemas de saúde.

Em primeiro lugar o isolamento social tem efeitos negativos para o funcionamento e bem-estar do indivíduo. Quando as pessoas não têm contactos pessoais nem alguém com que possam contar no caso de uma emergência, são privados de um recurso importante para o seu funcionamento pessoal.

Isso muitas vezes leva a problemas graves, como depressão ou sintomas físicos. A falta de uma rede pessoal pode resultar numa situação de marginalização social ou exclusão, o que significa que as pessoas já não entrevêm maneira de participar na sociedade. (Paúl,C., 2007)

Além de afectar a vida pessoal de alguém, o isolamento social também tem consequências sociais negativas. Quando uma sociedade tem demasiados membros que não participam na vida social, a coesão e solidariedade são afectadas negativamente. O isolamento social também está associado a altos custos para as instituições de prestação de cuidados. Pessoas que não têm apoio social na vizinhança, tendem a contar com a ajuda formal e recorrem com mais frequência aos profissionais dos vários sectores, do que as pessoas com fontes de apoio.

O entrelaçar de vários problemas pessoais e a falta de competências sociais pode desempenhar um papel decisivo no isolamento social. Isso também faz do isolamento social um problema persistente que é muito difícil de romper. Isolamento social não é um tema fácil para a política.

As pessoas podem acabar numa posição vulnerável por várias razões, relacionadas com características pessoais ou eventos importantes da vida. Uma posição vulnerável pode-se transformar em isolamento social sobretudo, quando há carência de apoio externo. Nestas situações é importante que a rede de vizinhança, bem como os profissionais dos vários sectores sociais sejam sensíveis aos riscos de isolamento social, que sinalizem e que saibam como agir. Isto requer uma infraestrutura social em que o apoio informal e intervenções de profissionais se complementem. (Paúl,C., 2007)

Este tipo de política exige um estudo perspicaz sobre as diversas manifestações do isolamento social e seus problemas relacionados, como por exemplo, a idade avançada e doenças com interferência na mobilidade. Elementos essenciais aqui são o funcionamento da rede social, as competências sociais e o apoio social.

Esta visão sobre o significado de contactos sociais e as consequências do isolamento social é direccionada não só para as instituições governamentais, mas também para organizações privadas, redes de apoio informal e cidadãos individuais.

As condições de vida, geralmente solitária da maioria dos nossos idosos, conduzem à aceitação de limitações. Desta maneira, a solidão no idoso diminui a preocupação consigo mesmo, levando por vezes a uma má alimentação, tanto em qualidade como em quantidade. (Pedrozo e Portella, 2003)

Num estudo realizado por estes autores, de abordagem qualitativa sobre o significado da solidão, através da visão de um grupo de vinte idosos com mais de sessenta anos, (dezassete eram mulheres e três homens), cada participante expôs a sua ideia, experiência e sentimento sobre o significado de solidão.

Alguns dos idosos concede à solidão o sentido de “Aflição Emocional” (Pedrozo & Portella, 2003, p.174), “Eu sofro, às vezes, choro sozinha.” (Depoimento I). Assim, atenta-se que este tipo de sentimento nos idosos pode impedir um envelhecimento saudável e activo, acabando por se desmotivar e levá-lo a um estado depressivo.

Também neste estudo, foi citado por alguns idosos que a solidão lhes permite um encontro pessoal, digamos que uma reflexão sobre os acontecimentos passados na vida. A solidão é encarada, como algo que lhes permite tornar mais claras as ideias e acontecimentos passados. As perdas dos entes queridos é um momento trágico, uma desilusão com a vida que pode causar não só sentimentos de solidão, como a perda do sentido vida.

É importante perceber que nunca estamos totalmente entregues ao destino e que existem formas de ultrapassar as angústias. Para isso é necessário que a pessoa lute, para não permanecer num estado de solidão que ocorre com a perda de pessoas queridas.

Não ter amigos leva alguns idosos à solidão, porque não ter ninguém com quem partilhar os momentos, angústias e alegrias, gera sentimentos de insatisfação. (Barroso & Tapadinhas, 2006)

A solidão sente-se porque existe a necessidade do outro. Para os idosos é extremamente incómodo verificar que já não têm significado para os outros. (Pedrozo & Portella, 2003)

4. PLANEAMENTO

De forma a implementar com sucesso este projecto no domínio do voluntariado, teremos que definir o percurso a percorrer no âmbito das actividades/intervenções e contactos a estabelecer, segundo os objectivos previamente alicerçado.

De acordo com a metodologia de projecto, há sempre necessidade de envolver um trabalho de grupo, pois pressupõe a implicação de todos os intervenientes e da população em que se centra o projecto. (Ruivo, A.M., et al, 2010)

4.1 ARTICULAÇÃO COM ENTIDADES COMUNITÁRIAS

Para o desenvolvimento desta actividade na comunidade, há necessidade de envolver e articular com parceiros comunitários, que complementem e apoiem as actividades, colaborando no processo de implementação do projecto. Salientamos a necessidade de estabelecer articulação com as seguintes entidades comunitárias:

- Equipa multidisciplinar da UCSP;
- Centro de Dia, promotor de cuidados domiciliários aos idosos/dependente;
- Centro Paroquial de Santo André, entidade religiosa reconhecida
- Junta de freguesia de Santo André;
- Comissão social de junta de freguesia de Santo André.
- Rede Social da Câmara Municipal de Santiago do Cacém
- Hospital Litoral Alentejano, serviço Social

4.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DO GRUPO DE VOLUNTÁRIOS

A divulgação do projecto de voluntariado de proximidade, passou primeiramente pelas entidades sectoriais da comunidade, sempre no intuito de envolver estas instituições, tornando-as aliadas e impulsionadoras do projecto.

Na divulgação do projecto pela comunidade, contamos com a participação destas entidades. Fizemos vários contactos, pessoalmente e via correio eletrónico, com instituições e grupos, tais com as ASAS (Academia Sénior de Artes e Saberes do Litoral Alentejo), Grupo Intervir.com, CPCJSC (Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Santiago do Cacém), Rádio Sines, Jornal o Leme. Procedemos á distribuição de folhetos nos diversos locais públicos, e investimos na divulgação oral.

Iniciamos a divulgação do projecto no final de Setembro, com a distribuição de um folheto, incluindo ficha de inscrição. A recolha das inscrições e esclarecimentos sobre o projecto foi efectuado na sede da UCC Santiago do Cacém.

De forma a se proceder á selecção do grupo de possíveis voluntários foi necessário, definir critérios de elegibilidade.

Estes foram definidos de acordo com os princípios enquadramentos do voluntariado, que são: os princípios da solidariedade, da participação, da cooperação, da complementaridade, da gratuidade, da responsabilidade e da convergência. (Portugal, Assembleia da República,1998)

Assim, ficou estabelecido que o voluntário, além de se adequar a estes princípios, tem que possuir determinadas características relevantes, elegidas como fundamentais para desempenhar o trabalho de voluntário:

- Demonstrar capacidade de desenvolver harmoniosamente as relações humanas com as pessoas que os rodeiam;
- Demonstrar disponibilidade para as tarefas que se propõe;
- Demonstrar Motivação - fundamental para a continuidade do Voluntariado, supõe uma especial atenção às expectativas e necessidades do voluntário, bem como um acompanhamento da sua acção;
- Ser Cooperativo - capacidade de trabalhar em equipa é fundamental para o desenvolvimento dos objectivos a que se propõe a Instituição;

- Reconhecer a todo o homem, mulher e criança os mesmos direitos, independentemente da sua raça, religião, condição física social ou material;
- Respeitar a dignidade de todo o ser humano e sua cultura.

Estas características do voluntário, serão observadas e analisadas no decorrer da entrevista, durante o período da formação inicial, e ainda no período experimental, considerado como um estágio de integração.

Foi elaborado um guião de entrevista, com os assuntos principais a focar, sempre na tentativa de conhecer melhor o candidato a voluntário.

É crucial que o voluntário perceba que a sua função, não é substituir os funcionários da entidade promotora, mas que este trabalho de voluntário funciona como um complemento das actividades, respeitando o princípio da complementaridade. (Portugal, Assembleia da República,1998)

4.3 FORMAÇÃO INICIAL

Estabelecido como um dos direitos do voluntário “ter acesso a programas de formação, tendo em vista o aperfeiçoamento do seu trabalho voluntário” (Lei nº 71/98, artigo nº7, p. 5694), foi planeado a realização desta formação ao grupo de voluntários, visando promover as suas competências no trabalho com idosos, pessoas doentes e dependentes. Trabalhar como voluntário com este grupo alvo exige dedicação, paciência, afecto, determinação e empenho. Estas acções de formação iniciais incluem um módulo sobre legislação sobre o voluntariado, questões éticas, humanização dos serviços de saúde, questões relacionadas com a problemática da dependência e doença crónica, proporcionando aos voluntários a reflexão sobre alguns problemas comuns e prospectando a sua possível intervenção neste âmbito. (Portugal, Assembleia da República,1998)

Após a formação Inicial, o voluntário iniciará o estágio/período experimental, cedendo lugar á reflexão. Pretende-se com este estágio que o voluntário reflecta e analise se de facto tem capacidade, satisfação e motivação para continuar. Só após este período, com a decisão final do voluntário e da equipa de coordenação da entidade promotora, UCC, é que a pessoa fica finalmente apta para ser admitida no

grupo de voluntários. É neste contexto que é assinada a Carta de Compromisso entre o voluntário e a entidade.

A formação e acompanhamento do trabalho do voluntário requer-se contínua. Exige um acompanhamento regular, através de reuniões de grupo, desmitificando, resolvendo conflitos, acalmando angústias, estimulando, incentivando e lançando novos desafios, mantendo sempre a chama acesa.

Tendo em conta a Declaração Universal dos direitos do Homem e os princípios Fundamentais do Voluntariado, a Legislação que regulamenta a Lei nº 71/98, incentiva as entidades organizadoras aos seguintes preceitos:

- Elaborar os estatutos adequados ao exercício do trabalho de voluntário;
- Definir critérios de participação no respeito das funções claramente definidas para cada um;
- Confiar, a cada um as actividades que lhe são adequadas, assegurando a formação e acompanhamento necessários
- Prever de forma eficaz, a cobertura dos riscos a que os voluntários estão sujeitos no exercício das suas funções e os prejuízos que estes possam involuntariamente provocar em terceiros, no decurso da sua actividade
- Facilitar a participação de todos os voluntários, reembolsando-os, se necessário com as despesas efectuadas com o seu trabalho
- Estabelecer a forma de rescisão do vínculo, quer por parte da entidade quer por parte do voluntário. (Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade 1999, 6694- 6698)

Tendo em consideração estas orientações, achamos fundamental a elaboração da carta de compromisso (anexo IV), e o regulamento interno (anexo V) salvaguardando vários aspetos decorrentes da atividade.

4.4 QUADRO DE PLANEAMENTO

De seguida destacamos o quadro de planeamento de execução das actividades, **elaborado em Julho de 2011**, e apresentado no primeiro trabalho de projeto.

Neste quadro foi contemplada a calendarização das actividades/intervenções, ficando esta sujeita a revisão, e actualização.

Quadro 1 - Quadro de Planeamento

Objetivos Específicos	Actividades/ Intervenções a desenvolver	Recursos		Calendarização	Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais		
Promover a integração do projeto no âmbito da equipa multidisciplinar de saúde	Apresentação do projeto ao Diretor Executivo do ACES Alentejo Litoral.	Diretor Executivo		Início de Junho	Parecer positivo
	Apresentação do Projeto aos membros das equipas de saúde das UCSP e UCC de Santiago do Cacém, em reunião de equipa, de forma a integrar e inserir todos os profissionais neste processo de implementação e desenvolvimento	Equipa de profissionais do Centro de Saúde	Sala de reuniões Meios audiovisuais: Computador Projector	16/09/2011	16/09/2011 Reunião UCSP e UCC Nº de participantes
	Apresentação e divulgação do projeto via correio eletrónico aos profissionais que não estiverem presentes na reunião	Profissionais do Centro de Saúde	Computador Internet	Setembro	Nº de mensagens enviadas

Objetivos Específicos	Actividades/Intervenções a desenvolver	Recursos		Calendarização	Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais		
Promover articulação e divulgação entre entidades comunitárias	Realização de reuniões para apresentação do projeto e discussão com as entidades comunitárias sobre formas de colaboração/articulação e integração do projeto como potenciais parceiros:	Representantes das entidades comunitárias	Computador Internet Folheto de Divulgação	Junho a Setembro	Nº de reuniões
	Reunião com responsável pela comissão social de Juntas de freguesias;	Representante da Comissão	Folheto de Divulgação	30/06/2011	Nº de reuniões Nº de participantes
	Reunião com Centro Comunitário e Centro Paroquial de Santo André	Diretora Centro Comunitário Sr. Padre	Folheto de Divulgação	4/07/2011	Nº de reuniões Nº de participantes
	Reunião com o Presidente da Junta de freguesia de Santo André	Presidente da Junta	Folheto de Divulgação	5/07/2011	Nº de reuniões Nº de participantes

Objetivos Específicos	Actividades/Intervenções a desenvolver	Recursos		Calendarização	Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais		
Divulgar o Projeto Voluntariado na comunidade	Elaboração do Folheto e poster de divulgação do projeto.		Computador Papel Impressora	Julho	Nº de folhetos distribuídos
	Divulgação do projeto às entidades comunitárias, via internet.	Equipa da UCC	Computador Impressora Internet	Julho a Setembro	Nº de entidades com divulgação
	Divulgação na Freguesia de Santo André do Projeto de Voluntariado, através de folheto informativo, poster, boletim informativo da Câmara Municipal, divulgação verbal e por entidades comunitárias.	Equipa da UCC	Folheto	Julho a Setembro	Anuncio no boletim informativo Nº de atividades de divulgação

Objetivos Específicos	Actividades/Intervenções a desenvolver	Recursos		Calendarização	Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais		
Recrutar o grupo de voluntários	Cativação do grupo alvo, através da divulgação individual, pelos técnicos de saúde;	Técnicos de saúde	Folhetos	A partir de Julho	Nº de pessoas do grupo alvo a quem foi divulgado o projeto Nº de pessoas que solicitam visita de voluntários
	Elaboração de critérios de seleção para admissão no grupo de voluntariado: Folha de inscrição, guião de entrevista, carta de compromisso;		Computador Papel Impressora	Setembro a Outubro	Documentos elaborados
	Entrevista para direccionar a seleção do grupo de voluntários.	Voluntário	Guião de entrevista	Outubro a Novembro	Nº de inscritos para fazer voluntariado Nº de pessoas com entrevista Nº de pessoas seleccionadas

Objetivos Específicos	Actividades/Estratégias a desenvolver	Recursos		Calendarização	Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais		
Formar o grupo de voluntários	Planeamento da Formação Elaboração do folheto da formação inicial		Telefone, computador internet	Novembro	Profissionais contactados para formadores
	Realização de formação aos futuros voluntários, ministrada por diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, através de apresentação expositiva;	Formadores	Meios audiovisuais Papel/Folheto	Novembro	Nº de formações realizadas/nº de formações planeadas
Iniciar o acompanhamento e apoio no domicílio	Planeamento de um programa de intervenção pelo grupo de voluntários	Equipa de enfermagem	Telefone, computador impressora internet	Novembro	Nº de pessoas alvo de voluntariado/nº de pessoas que solicitou o apoio
	Acompanhamento e apoio no domicílio, por parte de uma equipa de intervenção, promovendo assim o desenvolvimento global do indivíduo.	Grupo de voluntários Equipa de enfermagem	Telefone, computador Internet papel	Novembro	Nº de voluntários participantes/nº de voluntários selecionados

4.5 ORÇAMENTO

Neste subcapítulo passaremos a discriminar o orçamento considerado como necessário em cada rubrica: recursos humanos e recursos materiais.

4.5.1 Recursos Humanos

Os recursos humanos envolvidos para a concretização deste projecto, são de várias frentes. Falamos do apoio e envolvimento da equipa da UCC, da colaboração de outros profissionais na divulgação do projecto e nas reuniões com profissionais de outras instituições. No entanto, a responsável pela implementação e coordenação deste projecto é a discente, enfermeira especialista, coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Santiago do Cacém, e são os cálculos baseados no seu trabalho que passaremos a apresentar.

Tendo como base o vencimento de uma enfermeira especialista 1400 euros, com o valor hora aproximado de 10 euros, passamos a apontar as horas consideradas necessárias para o decurso de implementação do projecto:

- Elaboração de documentação (folheto, guião de entrevista, carta de compromisso, regulamento interno, definição de funções do voluntário) – 15 horas X 10 euros = 150 euros.
- Actividades de divulgação (reuniões, entrevistas, publicidade boca a boca, envio de email) – 10 horas X 10 = 100 euros.
- Processo de seriação do grupo de voluntários (esclarecimentos, entrevistas, análise de entrevistas, feedback aos candidatos a voluntários) – 25 horas X 10 horas = 250 euros.
- Formação inicial (contacto com possíveis formadores, programação da formação, convocatórias para formação, formação) – 16 horas X 10 horas = 160 euros.
- Programação e integração do grupo (definir parceiros, utente alvo de acompanhamento, acompanhamento dos voluntários para integração) – 15 horas X 10 euros = 150 euros.

- Acompanhamento contínuo (realização de reuniões de grupo, acompanhamento individual) - 3 horas mensais X10 euros = 30 euros.

O somatório de todas as horas despendidas vezes o valor hora, dá um resultado de **840 euros.**

4.5.2 Recursos Materiais

Consideramos como necessário para o decurso destas actividades, o seguinte material:

Tinteiros e papel para impressão/cópias de documentos

- 2 tinteiros --- 40 euros;
- 3 Resmas de papel – 8 euros;

O total de custo será de **48 euros.**

Deslocações

Para a realização de contactos e reuniões com as entidades da comunidade, são necessárias deslocações aos locais. Não se tornando este factor relevante uma vez que a sede da UCC esta na localidade de Santo André, e as entidades com que articulamos também se encontram nesta localidade, á excepção da Câmara Municipal, e Rádio Sines, com os quais estabelecemos contacto.

Tendo por base o valor de 0.36 euros por quilómetro,

Calculamos como sendo necessário efectuar 70 Km X 0.36 euros = **25,20 euros**

4.6 AVALIAÇÃO DE OBJECTIVOS/ INDICADORES

O planeamento de actividades e intervenções, requer que estas sejam programadas tendo por base um agendamento e calendarização, de forma a haver organização e cumprimento do estipulado dentro do factor temporal, e por outro lado, no cumprimento dos indicadores pré definidos. Desta feita passamos a analisar e avaliar, os objectivos/indicadores que no propusemos atingir. Estes indicadores aparecem no quadro do planeamento (Quadro 1).

1º Objectivo Especifico:

Promover a integração do projecto no âmbito da equipa multidisciplinar de saúde

Indicadores

Parecer positivo do Diretor Executivo do ACESAL

Reunião entre a UCSP e UCC – realizada a 16/09/2011

Percentagem de participantes nesta reunião – 60 %

Nº de mensagens electrónicas enviadas aos profissionais das unidades – a todos os profissionais

Para que este projeto pudesse ser implementado sob a coordenação da UCC de Santiago do Cacém, ficando esta como entidade promotora, tínhamos em primeiro lugar, de obter o parecer positivo por parte do Diretor Executivo/Direcção Clínica, do ACES Alentejo Litoral. Fomos encorajadas, por parte destes, a avançar com este projecto, revelando-se ser uma ambição do ACESAI alargar projectos neste âmbito, em outros centros de saúde do agrupamento, para além dos que já estão a conduzir esta actividade.

Outro fator motivador, está relacionado com a legislação que regulamenta as Unidades de Cuidados na Comunidade, que indica o voluntariado como umas das actividades a investir, como complemento aos cuidados de proximidade. (Portugal, Ministério da Saúde, 2009, Abril 16)

Conforme previsto, em Julho, foi elaborado o folheto de divulgação, com apreciação positiva, pelo Diretor Executivo do ACESAL e pelo Professor Orientador deste trabalho de projecto.

No dia 16/09/2011 foi realizada uma reunião para apresentação dos dados de avaliação do 1º Semestre de 2011 de ambas a unidades funcionais do centro de saúde de Santiago do Cacém, UCC e UCSP, com a presença do Diretor Executivo e Direcção Clínica do ACESAL. Oportunamente, foi apresentado e divulgado o projeto de voluntariado a todos os presentes. Participaram nesta reunião cerca de 60% dos profissionais do Centro de Saúde.

Posteriormente foi enviado por correio electrónico, a todos os profissionais do centro de saúde, o folheto, definição de população alvo e objectivos do projecto, com o intuito de divulgar e pedir colaboração na divulgação do projecto junto da população.

2º Objectivo Especifico

Promover a articulação entre parceiros

Indicadores

Nº de reuniões – Previstas 3; realizadas 5

Nº de participantes por reunião: 4 pessoas

Iniciamos a divulgação entre as entidades comunitárias no final de Junho, e prolongamos até final de Setembro, conforme previsto no quadro de planeamento. Podemos afirmar que este objectivo foi alcançado.

Realizamos a primeira reunião em 30/06/2011, com a presidente da comissão social da Juntas de freguesia do Concelho de Santiago do Cacém.

No dia 4/07/2011 realizamos uma reunião de divulgação e pedido de colaboração com a presidente do Centro Comunitário o Moinho de Santo André e com o Sr. Padre, representante do Centro Paroquial de Santa Maria de Santo André. Mostraram-se muito interessados neste projecto, afirmando ser uma vontade da igreja implementar um projecto nesta área. Mostraram disponibilidade e motivação para divulgarem aos utentes da sua área de intervenção.

No dia 5/07/2011 realizamos uma reunião com o presidente da Junta Freguesia de Santo André, que achou muito interessante e útil este projecto para a comunidade.

Por entendermos que seria uma mais-valia, na divulgação do projecto, no dia 19 de Julho, realizamos uma reunião com a técnica do serviço social da Câmara Municipal de Santiago do Cacém, Presidente da Rede Social de Santiago do Cacém, que se mostrou muito receptiva e entusiasmada com o âmbito do projecto, disponibilizando-se para nos ajudar na divulgação do mesmo.

A 21 de Setembro realizamos também uma reunião com a técnica de serviço social, responsável pela coordenação do grupo de Voluntariado do Hospital Litoral Alentejano, que baseado na sua experiência, nos forneceu informações importantes de gestão e coordenação.

Assim foram realizadas todas as reuniões previstas e ainda as duas anteriores, que surgiram como uma oportunidade de aperfeiçoamento e ganhos em termos de elaboração e condução no terreno.

3º Objectivo Específico

Divulgar o Projecto Voluntariado na comunidade.

Indicadores

Nº de entidades com divulgação – todas abrangidas

Nº de folhetos distribuídos - 300

Anúncio no boletim informativo - não realizado

Nº de actividades de divulgação – 1 (Rádio Sines)

Foram impressos e distribuídos cerca de 300 folhetos de divulgação junto da comunidade. Na sede da UCC investimos na divulgação verbal, com entrega do folheto, solicitando a todos que divulguem junto de familiares, amigos e conhecidos. Elaboramos também um pequeno cartaz de divulgação, que se encontra afixado na sede da UCC.

Simultaneamente, na mensagem de divulgação enviada por correio eletrónico a todas as instituições do concelho, governamentais e não-governamentais, estavam definidos a população alvo e objetivos do projeto e foi anexado o folheto de divulgação. Podemos afirmar que foram abrangidas todas as instituições, pois tivemos a colaboração da Rede Social, que no apoiou nesta causa.

Quanto às actividades de divulgação, apesar de obtemos resposta favorável para a publicação do artigo no Boletim Municipal, ainda não conseguimos articular para que este fosse publicado. No entanto, foi-nos possível gravar uma Crónica na Rádio Sines, para divulgação do projeto, que passou na Rádio, no dia 5 de Dezembro, Dia Internacional dos Voluntários para o Desenvolvimento Económico e Social. Por outro lado, fomos convidados pelo Director do Jornal o Leme, a realizar uma entrevista, para publicação de um artigo no Jornal.

4º Objetivo Especifico

Recrutar o grupo de voluntários

Indicadores

Nº de pessoas do grupo alvo a quem foi divulgado o projeto individualmente: 15

Nº de pessoas que solicitam visita de voluntários: 8

Nº de inscritos para fazer voluntariado: 20

Nº de pessoas com entrevista: 17

Nº de pessoas seleccionadas para voluntários: 17

As inscrições chegaram-nos lentamente, com entrega pessoal na UCC. Alargamos o período de inscrições, no sentido de recrutar um maior número de candidatos. Encerramos as inscrições a 21 de Fevereiro de 2012, e nesta altura contámos com 20 candidaturas, no entanto, 3 pessoas desistiram antes das entrevistas, alegando motivos familiares. Um facto curioso é que estes candidatos são na sua maioria pessoas com atividade laboral, quando as expectativas eram no sentido de pessoas reformadas, com maior tempo disponível.

5º Objetivo Específico

Formar o grupo de voluntários

Indicadores

Profissional contactados para formadores/ nº de formadores: 100%

Elaboração do Folheto com programa da formação – sim

Nº de formações realizadas/nº de formações planeadas: 100%

Na Formação Inicial aos voluntários, contamos com a participação de preletores, por nós convidados, que gentilmente aceitaram o desafio de participar nesta formação. Estes formadores foram escolhidos, devido à sua experiência e formação nas temáticas ministradas. Todos os profissionais que contactamos aceitaram o convite com bastante agrado. Após confirmação da presença, elaboramos o folheto com a programação da formação (anexo III).

Participaram na formação inicial 17 voluntários, com uma média de 15 participantes por formação.

A cativação do grupo alvo, através da divulgação individual pelos técnicos de saúde, foi realizada a cerca de 15 pessoas/famílias, que se encontram no seu domicílio, e são alvo de cuidados de saúde. Destas tivemos recetividade de 8 utentes/familiares, os quais já recebem regularmente a visita destes voluntários, desde 19 de Março/2012.

6º Objetivo Específico

Iniciar o acompanhamento e apoio no domicílio

Indicadores

Nº de pessoas alvo de voluntariado/nº de pessoas que solicitou o apoio – 100%

Nº de voluntários participantes/nº de voluntários seleccionados – 100%

Após divulgação entre os utentes/familiares beneficiários da nossa visita domiciliária no âmbito dos cuidados de saúde, e com a sua concordância e permissão, elegemos os utentes alvo a visitar.

Iniciamos as visitas de apresentação dos voluntários aos utentes, na semana de 19 a 23 de Março 2012. A primeira visita foi realizada em conjunto com a enfermeira da Unidade para apresentação dos voluntários. As visitas domiciliárias aos idosos são sempre efectuadas em grupos de dois voluntários.

Apesar de ainda termos pouco tempo para fazer uma avaliação mais concreta, a esta data, podemos afirmar que a satisfação tem sido de ambas as partes. Temos tido uma grande recetibilidade por parte dos familiares e utentes, que agradavelmente recebem estes voluntários em suas casas, desfrutando da companhia. Os cuidadores têm beneficiado das visitas pois aproveitam estes momentos, para os seus afazeres no exterior, como ir às compras, a consultas/exames, ou mesmo atividades de lazer. Tem havido uma grande satisfação e gratificação para ambas as partes. Os voluntários sentem-se motivados e contentes com a recetividade calorosa que tem recebido destas pessoas, carentes de convívio e contacto social.

Passaremos, no subcapítulo seguinte, a enumerar e a descrever as dificuldades e constrangimentos encontradas para a implementação deste projeto.

4.7 CONSTRANGIMENTOS E ANÁLISE CRÍTICA DO PLANEADO

O alargamento do tempo concedido para a elaboração e entrega do relatório de projeto, permitiu que este fosse implementado no terreno.

No decorrer do tempo, foram realizadas várias atividades de divulgação do projeto, efetuada a recolha de inscrições, elaborados os documentos, organizada a formação inicial a administrar aos voluntários, com a selecção e convite de

prelectores. No entanto, não foi possível cumprir o cronograma planeado inicialmente, justificado pela necessidade de alargar o período de divulgação e receção de inscrições.

As inscrições recebidas foram predominantemente de pessoas que exercem atividade laboral, contrariamente ao supostamente esperado, pessoas reformadas com possibilidade de dar várias horas ao voluntariado.

Para que o projeto seja exequível necessitamos de um número razoável de candidaturas, já com a previsão de que alguns não terão critérios de elegibilidade e ainda, que outros poderão desistir. Perante este suposto, alargamos o período de inscrição até Fevereiro/2012. No início de Fevereiro começámos as entrevistas, para selecção do grupo de voluntários, e realizamos a formação no final de Fevereiro e início de Março.

No que respeita à gestão do tempo, ter-se-iam cumprido as actividades da forma calendarizada, se este projeto tivesse sido aplicado por um profissional que apresentasse tempo atribuído unicamente para o fim. Tendo em consideração a multiplicidade de funções que a discente apresenta, incluindo coordenação de uma Unidade de Cuidados na Comunidade, onde existem concomitantemente diversos projectos em curso, pensamos que a reorganização do tempo necessário não foi muito díspar do inicialmente proposto, sendo aceitável.

5.CONCLUSÃO

Considera-se o trabalho de voluntariado um complemento aos cuidados prestados pela equipa de saúde. Estes voluntários tornam-se parte integrante desta equipa, e muitas vezes são o rosto da nossa instituição. Com a implementação deste projecto, pretende-se contribuir para a humanização dos serviços de saúde. O acompanhamento e apoio destes idosos e/ou pessoas dependentes no seu domicílio por uma equipa de voluntários, terá ganhos em todas as dimensões.

Estamos cientes que existe uma caminhada longa a percorrer. Que nos iremos deparar com obstáculos, que poderão desmotivar, mas com determinação pretende-se superar qualquer dificuldade.

Exercer a cidadania é ajudar o próximo, participar com atitudes, gestos ou acções. Ser solidário é pensar no semelhante e visualizá-lo com o coração.

Daí a certeza de que o voluntariado é fundamental e necessário para a construção de uma sociedade mais justa e com menos exclusão social, formando uma nova consciência relativa à solidariedade.

Neste sentido, os profissionais de saúde encontram-se numa posição privilegiada, uma vez que estando em contacto permanente e directo com as pessoas, estão mais capacitados para identificar e actuar perante os problemas da população.

Com o intuito de identificar as necessidades de saúde alteradas de uma comunidade, é fulcral o recurso aos instrumentos de avaliação, nomeadamente a entrevista, o questionário, o diagnóstico social e a análise SWOT, entre outros.

Uma das alternativas criativas estimuladas pelas políticas de saúde diz respeito ao envolvimento dos idosos com o trabalho voluntário. Contudo, para isso, é preciso oferecer oportunidades e programas de apoio para estimular os idosos a participarem de actividades tais como o trabalho voluntário. Há que se abrir espaços para a socialização dos idosos, através da criação de ambientes que possibilitem a prestação de serviços voluntários em todas as idades, reconhecendo o valor público dessa actividade e facilitando a participação dos idosos.

Esse conceito é aplicável tanto aos indivíduos quanto a grupos populacionais, destacando-se que a palavra activo refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente ao fato de estar fisicamente activo ou de participar da força de trabalho, pois sabe-se que a qualidade

de vida na velhice não depende somente de condições físicas e/ou biológicas, uma vez que factores sociais, psicológicos e ambientais também são relevantes e determinantes para o bem estar.

As instituições sociais e de saúde podem facilitar a prática do trabalho voluntário, permitindo o acesso a essa actividade, através da criação de espaço físico e ambiente favorável.

Podemos concluir, assim, que é importante que o idoso tenha uma velhice bem-sucedida, com acompanhamento psicológico, apoio social e ocupação dos tempos livres. Estas estratégias podem diminuir o isolamento social. Apesar de ser uma fase menos activa do ciclo de vida, os idosos não devem ficar inertes e sujeitar-se a um envelhecimento inconsciente e involuntário.

É importante apoiar a terceira idade, devendo existir uma interacção contínua com a família, para que o idoso permaneça no seu meio mais tempo, estimulando-o com reforços positivos para assim ultrapassar as barreiras que a terceira idade lhe apresenta. Só assim se poderá atenuar este sentimento que tanto afecta os idosos da nossa sociedade.

A avaliação deste percurso, permite tirar elações de desenvolvimento tanto a nível pessoal, como académico e profissional.

Elaborar um projecto de nível académico com a sua respectiva implementação no terreno, é uma tarefa complexa. De forma a sustentar a fundamentação teórica do trabalho de projecto, houve necessidade fazer uma pesquisa teórica exaustiva, com base em estudos e divulgações de evidência científica, requerendo dedicação de várias horas e ainda o desenvolvimento de capacidade de compilação e síntese.

Houve necessidade de aprender e desenvolver conhecimentos sobre a metodologia de projectos, pois esta serviu de base à elaboração do mesmo, necessitando da adaptação a novos formatos desconhecidos até agora, pois aquando da formação base de enfermeira de cuidados gerais, não existiam. Contudo, estas novas competências adquiridas vieram preencher lacunas já anteriormente identificadas desenvolvendo competências de adaptação e ajuste à mudança, na medida em que foi um desafio que necessitava de empenho, desenvolvimento e actualização técnica.

A elaboração escrita do relatório exigiu também uma grande disponibilidade de tempo, organização e método de trabalho. A conjugação do papel de estudante com todos os outros papéis sociais a que a mulher do séc. XXI se encontra sujeita, exige

desenvolvimento de competências de gestão e coordenação, de modo a organizar as actividades, definir prioridades e realizá-las de forma metódica.

O facto de ser necessária elevada articulação com pessoas com diferentes características, contextos sociais e profissionais, promoveu o desenvolvimento do relacionamento interpessoal e competências de comunicação, através da transmissão de informação adequada aos diferentes interlocutores.

Penso ainda ter demonstrado iniciativa e capacidade de gestão no que toca à resolução de problemas à medida que os constrangimentos foram surgindo ao longo do projeto tendo apresentado boa tolerância à pressão e às contrariedades.

Como aspeto dificultador relevo apenas a falta de tempo, contudo este mesmo factor exigiu desenvolvimento de estratégias de organização, o que se tornou positivo para o meu desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

Como sugestão apresento a proposta de se realizarem algumas aulas teóricas sobre metodologia de projeto e investigação, baseando-me nas dificuldades sentidas, devido às minhas lacunas quanto à elaboração de trabalhos científicos, para facilitar os processos de implementação e de elaboração do relatório de projeto.

Como aspetos facilitadores à elaboração deste trabalho sublinho a disponibilidade permanente do professor orientador, que sempre deu o seu feedback em tempo útil. A minha formação anterior de enfermeira especialista também me facilitou no que toca à compreensão fácil do enquadramento teórico e perceção da realidade e diagnóstico social da comunidade onde me insiro. O meu cargo profissional de Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade, facilitou-me na medida em que pude utilizar em parte alguns dos recursos e conhecimentos que tenho, mas sempre sem lesar o serviço ou princípio ético.

Este trabalho de índole académica permitiu ainda aplicar conhecimentos e experiência profissional, de forma a desempenhar com sucesso as tarefas e atividades propostas.

De forma a divulgar o trabalho desenvolvido, aguardamos a publicação de um artigo, resumo do projeto (anexo VI), na Revista Nursing (anexoVII). É de salientar, que este artigo para publicação numa revista científica, foi elaborado e enviado, na fase de divulgação do projeto na comunidade, motivo pelo qual não foram apresentados resultados e avaliação. Contudo, com a continuação do projeto, e assim que seja possível, é nossa intenção divulgarmos os resultados e avaliação da atividade. Tratando-se de um projeto, que foi implementado com sucesso, a sua

divulgação terá todo o interesse, pois poderá ser um fator motivador, para o surgir de projetos semelhantes noutras localidades.

A nossa maior satisfação, é podermos afirmar que este projeto académico, foi impulsionador do desenvolvimento e implementação de uma atividade na comunidade, coordenada pela saúde, de cariz solidário, visando essencialmente o bem-estar das pessoas idosas/dependentes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACESAL. Unidade de Cuidados na Comunidade de Santiago do Cacem – *Plano de Acção 2010*. Santiago do Cacém.

Almeida, V. C. F. & Lopes, M. V. O. & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoría de las relaciones interpersonales de peplau: Análisis fundamentada en barnum. *Rev esc enferm usp* 2005; 39(2):202-10

Alves, L. C., & Leimann, B. C., & Vasconcelos, M. E. L., & Carvalho, M. S., & Vasconcelos, A. G. G., & ...Laurenti, R. (Agosto 2007). A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Publica*. Vol. (23), 1924-1930. Rio de Janeiro

André, S., Cunha, M. & Rodrigues, V. (2010). *Millenium*. Família enquanto entidade cuidadora... , 39: 131-134. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/>

Barroso, V., L. & Tapadinhas, A. R., (2006). Orfãos geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados (ISPA, 2006). Disponível em www.psicologia.com.pt

Bochi, S. C. M., & Berto, S. J. P., & Andrade, J., & Spiri, W. C., & Juliane, C. M. (2010- out-dez). Entre o Voluntariado e o declínio do vínculo voluntário-idoso dependente de um centro de dia. *Esc Anna Nery*, 14 (4), 757-764.

Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-6-5.

Bonardi, G., & Sousa, V. A., & Morais, J. F. M. (Jul/Set. 2007). Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. *Scientia Medica*. Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138-144, jul./set. 2007

Brissos, M. A. (2004). O Planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. (Vol. 22. N.º 1. Pp.43-55). Janeiro/Julho 2004.

Câmara Municipal de Santiago do Cacém (2011). Rede Social de Santiago do Cacém. *Diagnóstico Social do Concelho de Santiago do Cacém no âmbito da Rede Social* (2011)

Carta de Ottawa para a promoção da saúde (1986). *1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Canadá.

Costa, G., (2011/01/11). Fernanda Freitas: “Vamos fazer voluntariado de proximidade a custo zero”. *Jornal Oje*. Disponível em <http://www.oje.pt/suplementos/mais-responsavel/noticias/fernanda-freitas-vamos-fazer-voluntariado-de-proximidade-a-custo-zero>

Direcção Geral da Saúde - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* (2006). Lisboa: 2006.

Fórum enfermagem (2011) Cuidar de enfermagem ao sistema-cliente-comunidade. Disponível em www.forumenfermagem.org

Guerra, I. (1994). *Introdução à Metodologia de Projecto*. Lisboa.

Jeremias, C. R., Rodrigues, F. M. (2011). O cuidar de enfermagem ao sistema cliente comunidade. *Nursing* (263) 08 Março 2011. Artigo cedido pela *Revista Nursing*

Kofi Annan (1/10/2006.) Mensagem do secretário-geral da ONU por ocasião do dia internacional das pessoas idosas. Disponível em <http://europa.eu/volunteering/en>

Machielse, A., (2006). *Social Isolation and the elderly: causes and consequences*. The Netherlands.

Magalhães, A. (Junho 2011). XI Seminário de Ética: Responsabilidade para com a Comunidade. *Ordem dos Enfermeiros*. Vol 37, 35-38.

Martins, C. (Junho 2011). XI Seminário de Ética: Responsabilidade para com a Comunidade. *Ordem dos Enfermeiros*. Vol 37, 31-34.

Martins, R. M. L. (2008). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, Ciência e tecnologia*. pp. 126-140. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenum/Millenum>

Martins, R. M. L., Santos, A. C. A. (2008). Ser Idosos hoje. *Millenum - Revista do ISPV* Vol. 35 - Novembro de 2008. Semestral ISSN (edição eletrónica) – 1647-662X. Disponível em <http://www.ipv.pt/millenum/Millenum35/8.pdf>

Ministério da Saúde. (2010) Proposta da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Plano Estratégico 2010 – 2011 Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa

Ministério da Saúde. Cuidados de Saúde Primários (Abril 2011). *A reforma e o desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários numa perspectiva sistémica integrada*. Proposta do Grupo de Coordenação Estratégica – CSP. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Código Deontológico*. (republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro)

Ordem dos enfermeiros (2009). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Referencial do Enfermeiro*. Março 2009. Lisboa.

Ordem dos enfermeiros (2010). Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica. *Ordem dos enfermeiros*. Abril de 2010

Organização das Nações Unidas - ONU - (2002). *Plano de acção internacional contra o envelhecimento*; tradução de Arlene Santos. Brasília. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p. : 21 cm. – (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) Disponível em <http://www.who.int/ageing/en/>

Pagliuca, L. M. F., Moura, R. F. (2004). A Teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família". *Rev. Esc Enferm USP* 38(3), 270-9.

Pais, J. M. (2007). *Análise Sociológica da Solidão na Pessoa Idosa*. P. 1-9 Recuperado em 3 de Abril, de 2008, de [www.unifai.eu/files/active/1/Analise sociologica solidao.pdf](http://www.unifai.eu/files/active/1/Analise_sociologica_solidao.pdf)

Parlamento Europeu, 2010. Disponível em <http://www.europarl.europa.eu>

Paúl, C. (2007) A Vulnerabilidade da Pessoa Idosa. II Congresso Português de Gerontologia Social.,– UNIFAI/ ICBAS -University of Porto

Pedrozo, S. K., Portella, M. R.(Jul/Dez 2003) Solidão na velhice: algumas reflexões a partir da compreensão e um grupo de idosos. *Boletim da Saúde*. Porto Alegre. Vol. 17 nº 2 p. 171- 183

Pena, R., Ribeiro, C., Silva, C., & Ferreira, N. Manual do Formando. *MPPO – Metodologia de Planeamento de Projetos por Objetivos*.

Portugal, Assembleia da República (1998, Novembro 3). Decreto-lei nº 71/98., de 3 de Novembro. *Diário da República*, I Série (254), 5694-5696

Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1999, Setembro 30). Decreto-lei nº 388/99, de 30 de Setembro. *Diário da República*, I Série (229), 6694-6698

Portugal, Ministério da Saúde (2008, Fevereiro 22). Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da República*, I Série (38), 1182-1189

Portugal, Ministério da Saúde (2009, Março 9). Despacho n.º 7816/2009 de 9 de Março de 2009. *Agrupamentos de Centros de Saúde- Proposta de plano de desempenho*. Documento de trabalho.

Portugal, Ministério da Saúde (2009, Abril 16). Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril de 2009. *Diário da República*, II Série (74), 15438- 15441

Portugal, Ministério da Saúde (2011, Fevereiro 18). Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. *Diário da República*, II Série (35), 8667- 8669

Ruivo, A.M., Ferrito, C., & Nunes, L., Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010). *Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos*, volume nº 15,3-36.

Sousa, L. M., & Lauter, L., (2008). *Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos*. *Rev. Esc Enferm USP*, 42(2),371-376.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação n.º 2.

Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos Idosos. ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Disponível www.unifai.eu/, 2011

ANEXOS

Anexo I
Folheto
Voluntariado de Proximidade

Anexo II

Guião de entrevista

Anexo III

Programa da Formação Inicial

Anexo IV

Carta de Compromisso

Anexo V

Reglamento Interno

Anexo VI

Artigo de revista

Anexo VII

Declaração da Revista Nursing